Александр Черников

Системная семейная терапия

Интегративная модель диагностики

Москва
Независимая фирма «Класс»
2001

УДК 615.851
ББК 53.57
Ч 89

Черников А.В.
Ч 89 Системная семейная терапия: Интегративная модель диагностики. — Изд. 3-е, испр. и доп. М.: Независимая фирма "Класс", 2001. — 208 с. — (Библиотека психологии и психотерапии, вып. 97).

ISBN 5-86375-042-1

Системная семейная терапия помогает понять отдельного человека в контексте его социальных связей. Эта книга ставит и решает особую задачу — помочь специалисту выработать целостное представление о семье как о группе взаимозависимых индивидов — семейной системе. Эффективная терапия невозможна без развитой диагностики проблем семьи и типовых терапевтических ситуаций. Описываемая в книге интегративная модель системной семейной психотерапевтической диагностики призвана ускорить процесс оценки семейной системы и выдвижения терапевтических гипотез. Она обеспечивает терапевта надежным инструментом, позволяющим провести всестороннюю оценку семейной системы, выдвинуть обоснованные гипотезы и наметить план терапии.

Автор отвечает на вопрос о том, как связать воедино представления о многопоколенном семейном наследии, задачах развития жизненного цикла, распределении власти в семье, особенностях взаимодействия ее членов и условной пользе, извлекаемой семьей из своих проблем. Отдельная глава посвящена проблемам обучения специалистов (психологов, врачей, социальных работников) — всех тех, кто призван оказывать помощь семье.

Книга является прекрасным пособием для всех, кто хотел бы изучить устройство семьи с позиции современной семейной терапии.

Главный редактор и издатель серии Л.М. Кроль
Научный консультант серии Е.Л. Михайлова

ISBN 5-86375-042-1

ВВЕДЕНИЕ

В начале 1960-х годов семейная терапия выделилась в самостоятельную область психотерапевтической практики. Ее становление связано с развитием теории коммуникаций и применением теории систем к объяснению проблем человеческого поведения. Постепенно все большую популярность стал приобретать подход к семье как к единице психологического воздействия. В связи с этим идентифицированный пациент (т.е. тот, по поводу которого семья обратилась в консультацию) рассматривается не как медицинский больной, а скорее как элемент дисфункциональной семейной системы. Семейная терапия предполагает возможность терапевтической помощи ребенку или взрослому пациенту через его семью, в которой он заболел или получил разного рода отклонения. Соответственно, в фокусе работы оказываются не интрапсихические проблемы членов семьи, а паттерны взаимодействий, устройство и процессы самой семьи. Таким образом, целью семейной терапии является создание условий для формирования функциональной семейной организации, которая обеспечит максимальный рост потенциальных возможностей каждого члена семьи.

Несмотря на сорокалетнюю историю, семейная терапия остается сравнительно молодой областью психотерапевтической практики и продолжает динамично развиваться. Это особенно актуально для нашей страны, в которой психологическая помощь семье находится в стадии становления. Кроме того, очевидно, что не весь опыт западных специалистов, помогающих семье, может быть без изменений перенесен на российскую почву. Российские семьи имеют свою национальную специфику. Все это делает методологические исследования в области системной семейной терапии в нашей стране особенно актуальными.

Одной из ключевых стадий в семейной терапии является стадия эссесмента (оценивания) семейной системы. Когда психотерапевт начинает работать с семьей, на него обрушивается море информации из прошлого и настоящего семьи, сказанного и недосказанного, вербальных и невербальных реакций членов семьи на терапевта и друг на друга. Кроме того, количество информации возрастает по экспоненте с добавлением на консультации каждого нового человека. Члены семьи пытаются привлечь терапевта на свою сторону, навязать ему свой взгляд на ситуацию в семье и ее проблемы.

Приходя на психотерапию, семья закономерно коммуницирует с терапевтом парадоксальным образом: ожидая изменений и одновременно желая чтобы все в семье оставалось по-прежнему. Одной из важных причин неосознаваемого или малоосознаваемого утаивания информации пациентами является преимущество, которое они тем самым получают при общении с терапевтом, приобретая над ним контроль и предотвращая перемены, которых опасаются. Так же как индивидуальный клиент не знает, что он бессознательно “знает” о причинах своих трудностей, так и члены семьи не знают, что им “известна” та информация, которая необходима терапевту.

Чтобы упорядочить этот хаос, обеспечить себе возможность “профессионального выживания” и продуктивного взаимодействия с семьей, терапевт должен решить в начале терапии по крайней мере две задачи:

- во-первых, определить для себя, что ему важно знать о семье, т.е. какая информация является релевантной именно для семейной терапии,
- во-вторых, каким образом организовать процесс взаимодействия с семьей, чтобы эту информацию получать.

Собрав нужные ему сведения о семье, терапевт может выдвигать гипотезы о ее функционировании и разрабатывать на их основе стратегию терапевтической помощи.

Таким образом, эффективная терапия невозможна без развитой диагностики проблем семьи и типовых терапевтических ситуаций. Описываемая в этой книге интегративная модель системной семейной психотерапевтической диагностики призвана сделать процесс оценки семейной системы более быстрым и является эвристичным средством выдвижения терапевтических гипотез. Ее цель — обеспечить терапевта надежным ин-

струментом, позволяющим провести всестороннюю оценку семейной системы, выдвинуть обоснованные гипотезы и наметить план терапии.

Предлагаемая модель была создана на основе анализа западных направлений семейной терапии и рефлексии психотерапевтической работы автора с семьями, проживающими в Москве и обратившимися за помощью в психологическую консультацию.

Интегративная модель строится на методологическом анализе современных ракурсов рассмотрения семейных систем, является "группо-центрированной" диагностикой и рассматривает прежде всего проблемы организации и функционирования семейной системы. В связи с этим меняется акцент анализа семейных проблем, и фокус внимания терапевта смещается с индивидуальных характеристик членов семьи на параметры семейной группы. Проблемы личности в данной модели рассматриваются в связи с дисфункциями семейной системы.

Глава 1 задает необходимый контекст и позволяет соотнести интегративную модель с другими теоретическими подходами.

Сама интегративная модель коротко представлена в параграфе 2.0. Параграфы 2.1 — 2.5 посвящены описанию отдельных параметров интегративной модели. В каждом из них структурируются и получают дальнейшее развитие идеи системно-ориентированной семейной терапии, уточняются основные понятия, выделяются диагностируемые категории, классифицируются типичные дисфункции и наиболее распространенные проблемы, приводятся способы интерпретации данных. В настоящей работе обосновывается экологический взгляд на проблемное поведение, выполняющее важные функции в семейной системе. Чтобы помочь семье избавиться от проблемы, важно понять, какие опасности для членов семьи несет потеря симптомов. Определению смысла и функций симптоматического поведения в семейной системе посвящен параграф 2.5.

Предлагаемая диагностическая модель может применяться в различных исследованиях семьи, однако ее разработка была нацелена прежде всего на решение терапевтических задач. Поэтому модель сфокусирована на определении того, что должно быть изменено в системе, чтобы проблемы членов семьи благополучно решались. В связи с этим на основе интегративной модели суммируются цели терапии (параграф 2.6).

В главе 3 исследуются средства получения информации, соответствующей основным параметрам модели. Подбираются и модифицируются диагностические методики и техники интервью, для того чтобы обеспечить терапевта, использующего интегративную диагностическую модель, необходимым инструментарием.

Глава 4 иллюстрирует особенности применения интегративной диагностической модели в психотерапевтической практике на примере ряда случаев из практики автора.

Широко известно, что научиться оказывать психологическую помощь семьям невозможно без специального обучения. Перед начинающим терапевтом предстает безбрежное море семейной феноменологии, частных объяснительных концепций, фрагментарных теорий и отдельных терапевтических техник. Интегративная модель позволяет эффективнее строить обучение специалистов, так как приводит многообразие семейной проблематики к общим методологическим основам и легко усваивается студентами. Глава 5 посвящена разработке обучающей тренинговой программы и содержит анализ принципов, этапов, особенностей и специально разработанных упражнений тренинга по освоению интегративной модели.

Глава 1

МЕСТО ИНТЕГРАТИВНОЙ МОДЕЛИ В РЯДУ ДРУГИХ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ

Решая проблемы терапевтической диагностики, мы всегда формулируем наши наблюдения и результаты тестирования в терминах той или иной терапевтической школы. Диагностика представляет собой распознавание в наблюдаемом типичных признаков, знакомых по теоретическим моделям и из опыта, и нахождение уникальных особенностей того, с чем мы сталкиваемся в данном случае. Целью данной главы является определение места интегративной модели в ряду других психотерапевтических школ и теоретических подходов к описанию психологических проблем и симптомов.

В первом параграфе рассматриваются классификации современных направлений семейной терапии и анализируются теоретические основы этих подходов. Разрабатываемая в настоящем исследовании диагностическая модель представляет собой дальнейшую попытку интеграции системно-ориентированных направлений в области семейной терапии.

Параграф 1.2 посвящен теории систем, которая обеспечивает не только практический, но и философский фундамент интегративной модели. Теория систем вытекает из "организмического" взгляда на мир как на большую организацию, где все процессы и части взаимосвязаны и целое приобретает новое качество по сравнению с суммой отдельных частей.

Системная модель Оудсхоорна (параграф 1.3) задает сетку координат, позволяющую очертить область применения интегративной модели.

1.1. КЛАССИФИКАЦИЯ ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ

Классификация различных подходов в семейной терапии представляет собой не простую задачу, так как они являются открытыми и гибкими и поэтому постоянно эволюционируют. Происходит постоянный обмен понятиями и техниками среди теоретически различных групп. Школы семейной терапии редко соблюдают "чистоту рядов", в результате наблюдается значительный эклектизм. "Возникает вопрос: происходят ли школы семейной терапии от общей и постоянной теоретической основы или являются скорее рагу из техник и частичных теорий?" [Zuk, 1976].

Александер (1963) в одной из ранних попыток описать поле семейной терапии, рассматривая практики привлечения семей в агентствах психического здоровья США, анализирует три типичных варианта. Первым является "сотрудничество" в лечении, используемое детскими клиниками, в которых один или более членов семьи идентифицированного пациента привлекаются к терапии, обычно с другими терапевтами. Как правило, осмотр ребенка (основного клиента) проводится психиатром, а с матерью встречается социальный работник. Второй практикой является "сопутствующее лечение", используемое в супружеском консультировании. Здесь тот же самый терапевт встречается с мужем и женой индивидуально, изредка проводит совместные встречи или совсем обходится без них. Третьей является "совместная терапия", в которой терапевт регулярно встречается с полной семьей или с релевантными подсистемами. На третьей практике, отражающей современный подход к семейной терапии, мы и будем фокусироваться в нашей работе.

В настоящее время семейная терапия представляет собой достаточно гибкий подход и может включать в себя индивидуальные встречи с членами семьи, работу с отдельными семейными подсистемами (супружеской, детско-родительской диадой, триадой "родители и проблемный ребенок", подсистемой сиблингов и т.д.), нуклеарной семьей или с

многопоколенной, распространенной семьей, делая при этом акцент на совместные встречи и планируя создание условий для изменения во всей семейной системе.

Что касается теоретических ориентаций, то среди множества концепций борьба и взаимопроникновение идет в основном между двумя полюсами: психодинамикой и теорией систем. Одной из известных ранних классификаций школ семейной терапии является исследование Комитета по семье группы прогресса в психиатрии, предпринятое в 1965—1966 гг. в США [GAP, 1970]. Их доклад определил три теоретические позиции:

AZ

Психоаналитическая теория (индивидуальная ориентация)	Теория систем (межличностная ориентация)

Терапевты, разделяющие позицию А, являются психодинамически ориентированными индивидуальными терапевтами и рассматривают семейную терапию как один из методов в их терапевтическом репертуаре. Они будут иногда встречаться с семьями, оставаясь сфокусированными на индивидуальном пациенте. Семья рассматривается как стресс-фактор, с которым их пациент должен справиться. Ожидается, что терапевт будет склонен подчеркивать сбор исторической информации, диагноз, выражение аффекта и инсайт.

Терапевты, разделяющие позицию Z, придерживаются исключительно системной семейной ориентации. Они рассматривают семейную терапию не как метод, но как фундаментально новый подход к проблеме психического здоровья. Вся терапевтическая деятельность рассматривается ими с точки зрения влияния на семью в целом. Для терапевта важно осознавать причастность всей семьи и последовательность их действий. Вместо отношения к индивиду в ситуации стресса как к пациенту, терапевт Z-ориентации рассматривает его как "носителя симптома", отражающего дисфункцию семейной системы. Терапевты Z-ориентации антиисторичны, сфокусированы на настоящих взаимодействиях. Они склонны избегать диагноза, основанного на индивидуальной нозологии. Выражение аффекта не признается необходимым. Вместо того чтобы поощрять членов семьи открывать свои неприятные чувства друг к другу, такой терапевт будет стремиться к разрешению проблем во взаимоотношениях, которые продуцируют эти неприятные чувства.

Терапевты М-ориентации находятся посередине — они склонны смешивать психодинамические и семейные системные понятия.

В докладе отмечается, что "полная интеграция этих двух системных уровней является долговременной задачей" [GAP, 1970].

Однако некоторые сторонники системной теории выступили скорее за смену одной теории другой, чем за добавление системной теории к психодинамической. Зук (1971) описывает интенсификацию этой идеологической борьбы в 1964—1970 гг. Он причисляет Уэйна, Бошормени-Надя и Фрамо к представителям психодинамического направления, а Хейли, Джексона и самого себя — к системному.

Отметим, что в других попытках классификации семейной терапии [Beels & Ferber, 1969; Foley, 1974; Guerin, 1976; Ritterman, 1977] шкала ориентации "индивид — система" продолжает оставаться наиболее важной.

Левант (1980) отмечает, что за годы, прошедшие с начала движения семейной терапии, процесс конструирования теории происходил в ответ на изобилие новых данных и опыта, которые появились в результате работы с целыми семьями. Сравнивая состояние дел с серединой шестидесятых, он признает, что предсказанное GAP смешение психодинамических и системных понятий произошло в существенной степени. Используя для классификации метод факторного анализа, он выделил фактор первого порядка, касающийся временной перспективы в работе с семьей (ориентация на прошлое или на настоящее семьи), и фактор второго порядка, имеющий отношение только к подгруппе, ориентированной на настоящее (антиисторический). Фактор второго порядка касается того, сфокусирована ли терапия на изменении структуры/процесса семьи как социальной организации или на обеспечении интенсивного

аффективного опыта для членов семьи. Таким образом, Левант разбивает все школы семейной терапии на три кластера:

- подходы, ориентированные на семейную историю;
- подходы, ориентированные на структуру или процесс семьи;
- подходы, ориентированные на переживание.

Историческая парадигма включает в себя психодинамическую (Уэйн, Лидс, Аккерман, Фрамо, Фридман, Сирлз, Пол, Билс и Эпштейн); многопоколенную (Боуэн) и межпоколенную (Бошормени-Надь, Спарк) школы семейной терапии. Эти подходы рассматривают личность внутри системы. Интегрируя системные понятия, анализ может включать элементы межперсонального взаимодействия и проблему передачи паттернов через поколения. Широко используются психодинамические категории. В целом, подход к терапии в этих школах акцентирует освобождение индивидуальностей от их чрезмерной вовлеченности в отношения с предыдущими поколениями. Это происходит благодаря процессу открытия этих привязанностей, достижению инсайта об их несообразностях и постепенному освобождению от них. Роль терапевта состоит в облегчении этого процесса: либо путем интерпретации, связывающей отношения в родительской семье с теперешними взаимодействиями с детьми и партнером по браку, либо путем инструктирования (Боуэн) клиентов о том, как им формировать наиболее приемлемые и ориентированные на настоящее взрослые отношения с членами их родительской семьи. Разрабатывая идеи системной семейной терапии с одним членом семьи, Боуэн категорически настаивал, что интенсивные эмоциональные проблемы не могут быть решены внутри ядерной семьи, и отстаивал возможность даже игнорировать текущий кризис, чтобы сосредоточиться на терапевтической работе с родительскими семьями одного или обоих супругов.

Парадигма "структура/процесс" включает в себя коммуникативную (Джексон, Хейли, Вацлавик, Уикленд); проблемно-разрешающую или стратегическую (Хейли); краткосрочную, сфокусированную на проблеме (Вацлавик, Уикленд, Фиш); триадическую (Зук); структурную (Минухин) и поведенческую (Паттерсон) школы семейной терапии. Сюда же Левант (1980) относит работу таких терапевтов, как В. Сатир, М. Сельвини-Палаззоли, Л. Хофманн и П. Пэпп.

Данные школы делают акцент на текущих паттернах взаимодействия в семье и взаимоотношении этих паттернов с симптомами или представленными проблемами идентифицированного пациента. Среди них существуют некоторые варианты: рассматривать ли паттерны взаимодействия через структуру семьи (Минухин) или с точки зрения семейного процесса (В. Сатир); ставить ли главной целью изменение структуры или облегчение симптома; ориентироваться в большей степени на теорию систем или на теорию обучения и др. Но как группа они резко отличаются от исторических подходов тем, что отстраняются от сбора истории, открытия неосознаваемого, интерпретации и инсайта (как нерелевантных терапевтическому процессу) и фокусируются на системном уровне с незначительным рассмотрением психологии индивидуальности или полным отказом от нее. Кроме того, они резко контрастируют с подходами, ориентированными на переживание, в оценивании важности аффекта в терапевтическом процессе. Этот подход к терапии вовлекает реорганизацию семейной системы для устранения дисфункциональных элементов, которые поддерживают симптом. Терапевт в данном случае играет роль эксперта. Его задачей является диагностирование дисфункциональных элементов системы и планирование серии вмешательств, которые предложат семье альтернативы. При этом часто используются парадоксальные директивы.

Интересно сравнить эти две терапевтические парадигмы (историческую и структуру/процесс) по количеству времени, необходимому для работы с семьей. Исторические подходы являются долговременными, поэтому только очень мотивированные семьи и индивиды в состоянии пройти весь процесс. С другой стороны, терапевты парадигмы структура/процесс могут достигать драматических результатов в облегчении симптомов за очень короткое время. Приведем для сравнения два высказывания представителей обоих подходов:

> “Существуют центры в стране, которые встречаются с семьей только в течение нескольких месяцев, предлагая программы по семейной терапии, которые не идут дальше того, что мы рассматриваем как предварительную фазу лечения” (Framo, 1965).

> “Семейная трансформация не является простой интервенцией, она требует постоянных усилий в направлении терапевтической цели. Но многие терапевты проводят годы, бродя без цели в средних фазах терапии, так как они недостаточно понимают направление, которое карта семьи делает ясным” (Minuchin, 1974).

Подходы, ориентированные на переживание, включают в себя гештальтистскую (Кемплер, Рабин, Хетчер, Каплан и Каплан); эмпирическую (Витакер, Мэлон, Уоркентин, Непье, Фербер) и клиент-центрированную (Ван дер Вин, Левант) школы семейной терапии. Эти направления больше заинтересованы в повышении качества жизни индивидуальностей в семье, чем в преодолении симптомов или изменении семейной системы. Они принципиально основываются на экзистенциально-феноменологических теоретических концепциях. Подход к терапии в этих школах основан на попытке интенсифицировать аффективный опыт для личностного роста и самоактуализации членов семьи. Роль терапевта состоит в фасилитации, отражении семейного взаимодействия и присоединении к семейному процессу так же, как к подлинной не защищающейся личности. Некоторые клиенты, приходящие на терапию, намерены получить опыт собственного личностного роста, зная, что это стимулирует семью сделать то же самое.

Современные опросы показывают [Бейкер, 1990], что более 70% семейных терапевтов США относят себя к системному направлению семейной терапии, использующему парадигму структура/процесс, находя свое место среди школ второго кластера.

Ясно, что подобное деление в определенной мере является упрощенным и не затрагивает всех аспектов сложного и противоречивого движения семейной терапии. Возьмем, к примеру, Вирджинию Сатир, которую автор классификации, в целом справедливо, причисляет ко второму кластеру. Действительно, В. Сатир участвовала вместе с Джексоном, Хейли, Вацлавиком и Уиклендом в работе Института психических исследований в Пало Альто (Калифорния). Этот институт, как и коммуникативный подход к семейной терапии, вырос из исследовательского проекта коммуникаций Грегори Бейтсона. Однако в своей работе В. Сатир использует смесь коммуникативного, системного и гуманистического подходов. И, следовательно, многие аспекты ее работы можно описать в терминах направлений третьего кластера. Кроме того, В. Сатир часто стремится дополнить картину взаимоотношений “здесь и теперь” историческим анализом семьи. Посвящая несколько встреч реконструкции семейной истории, она как бы исподволь подготавливает семью к феерическому и очень динамичному этапу работы с актуальными проблемами. Этот этап можно уподобить мощному взрыву, цель которого — расшатать привычные стереотипы семейных взаимоотношений, подвергнуть всех членов семьи без исключения потрясающим переживаниям, заставив их глубоко пережить чувство близости друг с другом. По мнению В. Сатир, такой импульс выталкивает семейную систему из болота, приводя к конструктивным изменениям.

Резюмируя, можно сказать, что, несмотря на все проблемы, связанные с неизбежными упрощениями любой классификации, подобные деления терапевтического поля могут служить отправной точкой для создания интегративных диагностических и терапевтических моделей.

1.2. ОБЩАЯ ТЕОРИЯ СИСТЕМ КАК МЕТОДОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ

Основатель общей теории систем Людвиг фон Берталанфи считал, что существуют два фундаментальных взгляда на мир — *механистический* и *организмический*. Для механистического, или ньютоно-галилеевского, взгляда на мир характерны, во-первых, эле-

ментаризм, то есть разбиение предмета исследования на "атомы" — элементарные и неделимые составляющие; и, во-вторых, линейная причинно-следственная обусловленность происходящего. Организмический взгляд на мир происходит из биологии и для него характерны, во-первых, холизм (аристотелевское положение о том, что целое больше суммы своих частей) и, во-вторых, взаимное влияние и взаимная обусловленность всех частей и процессов системы. "Концепция "системы", представляющая новую парадигму науки, по терминологии Т. Куна, или, как я ее назвал... "новую философию природы", заключается в организмическом взгляде на мир как на большую организацию и резко отличается от механистического взгляда на мир как на царство слепых законов природы" [Л. фон Берталанфи, 1973].

Для теории систем характерна высокая степень абстракции, поэтому сразу увидеть применение этой теории на практике непросто. Теорию систем скорее следует отнести к метатеории или разделу философии. Однако использование именно этой теории в психотерапевтической практике больше всего способствовало выделению семейной терапии в качестве самостоятельного терапевтического направления.

Дадим ряд определений и перечислим основные положения системной теории, которые найдут отражение в параметрах разрабатываемой диагностической модели.

> "*Система* — это комплекс объектов, а также взаимоотношения между объектами и их атрибутами (определениями). Объекты являются составными частями системы, атрибуты — это свойства частей, а отношения связывают систему воедино" [Hall & Fagen, 1956].

Таким образом, систему нельзя определить только как комплекс объектов, она должна подразумевать некую форму структурной организации, которая может быть описана как отношения между объектами. Эти отношения могут быть *топологическими* (близость, позиция) или *динамическими* (влияния, зависимость, взаимодействие и т.д.). Есть достаточные основания считать все системы динамическими, во всяком случае таковы все системы, имеющие дело с социальными или биологическими объектами. "Организм напоминает скорее пламя, чем кристалл или атом" [Bertalanffy L. Von 1968].

В динамической системе господствует движение. Для этой организации характерна взаимозависимость, которая означает, что влияние одного предмета на другой или отношение одного предмета к другому оказывает воздействие на все его части. Все предметы и отношения влияют друг на друга и испытывают на себе воздействие. Поэтому мы можем понять части системы только как функции всей системы. Таким образом, для отношений между предметами и всей системой действительна также *нон-суммарность* (целое больше суммы составных частей). Лес не может пониматься как совокупность деревьев, человек — не собрание клеток, а семья не равна сумме некоторого количества индивидов, каждый из которых действует сам по себе. Понятие целого требует, чтобы мы поставили в центр внимания систему как таковую. То "новое" и "большее", что мы тогда получим, будет связано с функцией системы как целого.

Системный подход содержит парадокс. С одной стороны, нужно понимать целое, исходя из его частей, а части — с точки зрения целого. С другой стороны, мы никогда не сможем полностью понять целое, даже с помощью самого хитроумного анализа частей и их взаимодействия между собой, так же как никогда не получим полного представления о части, только исходя из ее роли в более широком контексте, в который она входит. Решение этого парадокса подразумевает и то и другое: мы понимаем часть и как самостоятельную единицу, и как интегрированную часть целого, переходя от одной наблюдательной позиции к другой и обратно. (*Идея осцилляции*).

В психотерапии такой подход означает, что мы можем лучше понять пациента, рассматривая его не только через призму интрапсихических проблем (тревожность, внутренние дилеммы, психосоматика и т.д.), но и с точки зрения целого, т.е. в контексте социальных связей, составной частью которых он является. Поведение отдельного пациента, на первый взгляд представляющееся отклонением от нормы, необычным или странным, при индивидуальном подходе может стать естественным или, по крайней мере, понятным, если рассматривать его как ответ на взаимоотношения, которые имеют место в

некоей центральной для него системе, частью которой он является (например, в семье). Наше понимание, может быть, усилится, если раздвинуть перспективу и представить семью пациента в качестве подсистемы, взаимодействующей с другими подсистемами, например, с соседями по дому.

Отметим в связи с этим еще один важный аспект теории систем — *иерархичность*. Это значит, что всякая система может рассматриваться как подсистема в рамках другой, более крупной системы. Элементы системы рассматриваются далее как неделимые единицы анализа. Понятие иерархии в значительной степени подчеркивает свойство теории систем находить ту или иную точку зрения. Именно мы — наблюдатели, исследователи и психологи — выбираем разрешающий уровень для изучения системы. Выбираемый уровень расщепления оказывает значительное влияние на то, *что* мы видим и *как оцениваем* увиденное. При работе с ребенком в психиатрической клинике мы воспринимаем его психическое заболевание как нечто происходящее в нем самом. Работая с его семьей, мы можем сделать вывод о связи его симптомов с семейным конфликтом. Сделав следующий шаг, мы можем увидеть общее неблагополучие семьи в широком социальном контексте, например, проблемы в школе, низкооплачиваемая работа родителей, плохие жилищные условия и т.д. Одновременно с ростом наших знаний о связях и процессах взаимодействия, которые постепенно привели к аномальному поведению пациента, мы начинаем постигать всю сложность происходящего.

Каждую систему можно определить исходя из ее *границ* по отношению к окружению. Все, что находится внутри границы, относится к системе; то, что лежит за пределами, к ней не относится. Можно сказать, что граница осуществляет защиту структуры и функций системы. В некоторых случаях границы воспринимаются как фиксированные, в других — как подвижные. Для удовлетворительного функционирования системы необходимо, чтобы разграничительные линии обозначались ясно и четко, но при этом были подвижны. В этом случае они способствуют сохранению внутренней стабильности, и вместе с тем система обладает той открытостью, которая необходима для ее адаптации и развития в соответствии с изменениями внутри и вне системы. Фиксированные границы ведут к уменьшению обмена с другими системами, следствием чего является изоляция и застой. Слабые и нечеткие границы приводят к неясностям относительно дифференцирования и функций внутри системы.

Понятие *энтропия* заимствовано из термодинамики. Суть ее заключается в том, что система, не получающая энергию извне, постепенно приходит в состояние недостаточного дифференцирования, утраты структуры и в конечном счете — к полной аморфности и тепловой смерти. Энтропию можно расматривать как *состояние беспорядка.* Каждая система поддерживает внутри своих границ *негативную энтропию* (негэнтропию). Структура системы и ее дифференцирование способствуют сохранению негативной энтропии, того порядка, который господствует внутри системы. Граница необходима для защиты от угрозы распада, т.е. нарастания энтропии.

Системы считаются *открытыми,* когда между ними и средой происходит обмен (ввод, вывод), или *закрытыми,* когда такого обмена не происходит. К открытым системам относятся все биологические и социальные системы. Они ни при каких обстоятельствах не могут рассматриваться как изолированные единицы, т.к. всегда связаны с другими системами отношениями подчинения, отношениями одного уровня или превосходства. Однако обмен материалами, энергией или информацией с окружающей средой в социальных системах может быть более обширным или менее обширным, в связи с чем можно говорить об относительно открытых или относительно закрытых системах.

Процессы внутри системы являются *циркуляционными* или *спиралевидными*. Под циркуляционным процессом подразумевается следующее. Представим себе состояние системы Со и процесс П1, который приводит к состоянию системы С1. Если мы имеем дело с циркуляционными процессами, то С1, в свою очередь, вызовет к жизни процесс П2, ведущий к состоянию С2. Циркуляционность означает, что С2 полностью или (в социальных и биологических системах) частично идентичен Со. Если Со = С2, то имеет место подлинный циркуляционный процесс, если же Со ~= С2, то процесс — спиралевидный. За счет спиралевидного процесса система может прийти к целому ряду состояний: Со, С1...

Cn, при прохождении которых конституируется то, что может называться развитием (рис. 1.2.1).

Рис. 1.2.1. Спиралевидный процесс в семейной системе

По мнению Л. Юнссон и Г. Бернлер (1992), настоящие циркуляционные процессы невозможны в биологических и социальных системах. Время идет только в одном направлении, и процессы, происходящие в системах, необратимы. Система никогда не возвращается целиком к однажды достигнутому ею состоянию, поскольку она претерпевает изменения в результате процесса, приведшего к этому состоянию.

Процессы в системе могут быть *непрерывными* или *прерывистыми.* Для *непрерывного* процесса характерно то, что его протекание может быть разделено на бесконечное число мелких шажков, при которых разница в состоянии системы между двумя ближайшими отрезками не поддается измерению и не ощущается. При *прерывистом* процессе развитие происходит скачкообразно. Система переходит из начального состояния в конечное, минуя промежуточные. Примерами непрерывных процессов являются нормальное старение человека, получение им образования. Примерами прерывистых могут служить несчастья, катастрофы, но также и влюбленности, и религиозные новообращения. Свое самое большое значение эти понятия приобретают по отношению к изменению. "Нормальные" процессы, протекающие на протяжении всей жизни человека, являются непрерывными (рост, развитие), в то время как система, перед которой возникла необходимость изменения, может осуществить его не только через непрерывные, но и через прерывистые процессы (внезапное изменение структуры).

Кроме того, системы могут быть также *маневрирующими* [Юнссон, Бернлер, 1992]. Может показаться, что система одновременно пребывает в двух различных, часто противоположных состояниях. На самом деле она постоянно колеблется между этими полярными состояниями. Можно дать определение колебания (осцилляции) как состояния постоянной смены. Например, амбивалентные чувства пациента являются иллюстрацией подобного случая. Грегори Бейтсон любил повторять, что кибернетический эквивалент логики — это колебания [Капра, 1996].

В теории систем существуют два понятийных уровня. Первый уровень — *иерархический* — мы уже упомянули. Система, находящаяся на более высоком иерархическом уровне (структурном, организационном), охватывает системы, находящиеся на более низких иерархических уровнях, в качестве подсистем или предметов (в зависимости от избранного аналитического разрешения).

Второй понятийный уровень — *логический* — может быть выведен из *теории логических типов* Бертрана Рассела. Система на сравнительно более высоком логическом уровне называет или говорит о системах более низких логических уровней. Мы используем понятия, существующие на уровне N+1, чтобы говорить или ссылаться на понятия или явления на уровне N. Можно также сказать, что системы на уровне N+1 представляют собой *карты* или *модели* систем на уровне N. Мы можем постулировать системы, которые содержали бы объекты или подсистемы на разных логических уровнях. Таким образом, система может содержать и предметы, и представления о них или их образы. Так

всегда происходит в терапевтических случаях. Многие явления в работе с социальными системами существуют на более чем одном уровне одновременно.

Отношение психолога к пациенту существует по крайней мере на двух уровнях. С одной стороны, это отношения на базовом уровне: психолог — пациент. Это два человека, которые делятся друг с другом опытом, переживаниями, находятся в одной культурной среде и т.д. С другой стороны, психолог связан с клиентом посредством мыслей и комментариев *по поводу* пациента и его ситуации и занимает уже метапозицию по отношению к пациенту, т.е. в этом смысле можно говорить о мета-отношениях. Точно так же и пациент имеет целый ряд представлений о психологе и терапевтической ситуации.

С помощью понятия уровней мы можем получить модель *сознания* в социальной системе. Можно дать определение системе, обладающей сознанием, как системе, включающей в себя свой автопортрет.

Как упорядоченное целостное множество взаимосвязанных элементов, обладающее структурой и организацией, система в своем взаимодействии со средой демонстрирует определенное поведение, которое может быть *реактивным* (т.е. определяться во всех основных пунктах взаимодействия среды) или *активным* (т.е. определяться не только состоянием и воздействиями среды, но и собственными *целями,* предполагающими преобразование среды, подчинение ее своим потребностям). В этой связи в системе с активным поведением важнейшее место занимают целевые характеристики самой системы и ее отдельных подсистем и взаимосвязь этих характеристик (в частности, цели могут согласовываться друг с другом или противоречить друг другу).

Источник преобразования системы или ее функций лежит обычно в самой системе. Поскольку это связано с целесообразным характером поведения систем, существеннейшая черта целого ряда семейных объектов состоит в том, что они являются не просто системами, а *самоорганизующимися* системами [Гальбух, 1972, Садовский, 1970].

Наряду с тем, что система находится в состоянии постоянного изменения, она должна стремиться к сохранению своей идентичности по отношению к окружению. Управление и регулирование системы осуществляется через

1) корректирующие импульсы управления *(негативная обратная связь)*;
2) усиливающие импульсы управления *(позитивная обратная связь)*.

Негативная обратная связь необходима главным образом для поддержания динамического равновесия и выживания, в то время как позитивная — для изменения структуры и целевой направленности системы.

Равновесие реализуется через механизм обратной связи, предоставляющий системе информацию о нарушениях баланса. При получении системой таких сигналов в ней активизируются другие механизмы, нацеленные на восстановление нарушенного равновесия. Такие механизмы называются *гомеостатическими.*

Социальные системы бывают стабильными только в том случае, если они обладают способностью изменяться по требованию окружения. Семья в своем развитии проходит через разные фазы, требующие от нее изменений (рождается ребенок, взрослые дети покидают дом и т.д.). Если семья не справляется с необходимой в каждой фазе реорганизацией, возникает риск ее дисфункции.

Рассмотрим представления о природе изменений, присущие теории систем. В связи с этим используются понятия адаптивности и мета-адаптивности. Под *адаптивностью* понимается способность системы приспосабливаться к окружению. Система с недостаточной адаптивностью не справляется с перестановками, необходимыми в связи с изменившимися требованиями внешней среды. Адаптация является выражением процессов, направленных на сохранение системы. Она происходит в основном благодаря количественным и непрерывным внутрисистемным и пограничным процессам.

Можно выделить пять основных типов таких процессов:

1. *Гомеостатические процессы в узком смысле слова* — процессы, направленные на поддержание определенного состояния системы. Под состоянием си-

стемы в данном случае понимается одно или много глобальных, обычно поддающихся измерению, качеств системы. Пример: регулирование температуры, семейные мифы, семейные правила, хронические болезни, теории гармонии для сохранения баланса в обществе и т.д.

2. *Глобальные изменения функции системы.* Результатом этого является общее повышение (или, соответственно, понижение) функционального уровня системы, который отражается на всех или почти всех ее функциях. Примеры: суетиться, успокоиться и т.д.

3. *Изменение ввода в систему,* материального или коммуникативного, при помощи которого система может отбирать вводимую информацию. Речь может идти об ограничении определенного ввода, но также и о положительном выборе определенного ввода. Примеры: реакция организма на инородные тела, "нежелание выслушивать", изменение своего потребления: материального или культурного и т.д.

4. *Изменение вывода,* благодаря которому система предпринимает попытки изменить окружающую ее среду. Примеры: и очистка выхлопных газов, и известкование озер могут рассматриваться как способ социальной системы изменить окружающую среду (первая — через снижение вредного выхода, вторая — путем дополнения его благоприятным фактором). Пропаганду и рекламу можно расценивать как способ командной системы оказать влияние на свою среду (политическую, торговую).

5. То, что в биологии обычно называют *тропизмом* или *положительным таксисом.* То есть ориентация системы на благоприятную для ее адаптации окружающую среду. Примеры: движение по направлению к свету, поиски новых друзей или новой работы, для того чтобы избежать изменений в самом себе (т.е. не для того, чтобы развиваться). Все эти процессы адаптивные, даже если их не всегда рассматривают как гомеостатические в классическом смысле слова. Адаптация направлена на сохранение структуры, присущей данной системе, и поддержание ее центральных процессов. Адаптация является стратегией выживания, а не стратегией развития. С этой точки зрения адаптивное изменение, по существу, не является изменением, а даже, если угодно, сопротивлением более глубокому изменению.

П. Вацлавик [Watzlavick, 1974] говорит о двух типах изменения: *первого* и *второго* порядка. Те адаптивные изменения, которые мы приводим в качестве примеров, являются изменениями первого порядка. Они не затрагивают структуры системы и ее основного процесса. Для того чтобы их изменить, нужны изменения второго порядка.

В психотерапии, ориентированной на *теорию систем,* обычно стремятся к тому, чтобы в первую очередь изменить адаптивность, а не адаптацию. Если какая-либо система изменяет свою способность модифицироваться, свою адаптивность, то это мета-адаптация, т.е., согласно Вацлавику, изменения второго порядка. Для обозначения изменений данного типа часто пользуются термином *переструктурирование.* Социальные системы применяют мета-адаптацию в том случае, если требования или условия окружения существенно меняются, а также тогда, когда система должна изменить цель или развиваться иначе. Система с высокой мета-адаптивностью обладает целым "репертуаром" стратегий переструктурирования. Она обладает высокой степенью мобильности в преддверии трудно предсказуемых изменений в окружающей среде и готова к росту и развитию. Неудовлетворительно действующие социальные системы (индивид и группа) имеют пониженную мета-адаптивность, которая отчасти проявляется в неспособности справляться с кризисами, а отчасти — в отсутствии всякого развития.

В принципе, и мета-адаптивность должна быть в состоянии изменяться, и тогда это изменение происходит на более высоком логическом уровне. В представление системы о себе самой входит также ее оценка своей собственной изменчивости, способности к самоизменению и переструктурированию. Изменение оценки самой возможности измене-

ния второго порядка означает *изменение третьего порядка.* Через это понятие теория систем затрагивает фундаментальную проблему психотерапии — проблему самоотношения и самооценки пациента. Системы, имеющие негативное представление о своей способности изменяться, кажутся застывшими, трудно поддающимися воздействию, а иногда даже безнадежными.

В последующих главах будет показано, как системная теория может быть применена в конкретной терапевтической практике.

1.3. СИСТЕМНАЯ МОДЕЛЬ ОУДСХООРНА ДЛЯ ВЫДВИЖЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ГИПОТЕЗ

Системная модель Оудсхоорна позволяет преодолеть противоречие индивид — система и интегрировать разные теоретические подходы, относящиеся к разным уровням глобальной системы. Общая теория систем [Von Bertalanffy, 1968; Bateson, 1973] предполагает, что человек со своей средой представляет собой кибернетическую, саморегулирующуюся систему, включающую в себя разнообразные взаимосвязанные уровни. Основным допущением является то, что проблемы и симптомы отражают системную адаптацию в ее всеобщем контексте в данный момент времени. Усилия по адаптации членов семьи отражаются на многих уровнях глобальной системы — от биологического к интрапсихическому и к интерперсональному уровням [Bowen, 1978; Engel, 1980; Scheflen, 1981]. Точно так же поведение семьи, включая проблемы и симптомы, происходит из социокультурного [Elder, 1977; McGoldrick, Pearce & Giordano, 1982] и исторического [McGoldrick & Walsh, 1983] контекстов семьи. Таким образом, системная перспектива вовлекает понимание проблемы на стольких уровнях, сколько это возможно.

Пытаясь приложить общую теорию систем к психиатрической практике, Оудсхоорн разработал диагностическую модель, состоящую из шести уровней. Автор использует понятие "мультимодальной диагностики" и, чтобы объяснить существующее нарушение, обосновывает необходимость выдвижения частных гипотез с позиции каждого из шести уровней. [Оудсхоорн, 1993]. Такой подход обеспечивает стереоскопическое видение ситуации, помогает сформулировать необходимую терапевтическую программу и разграничивает области компетентности разных специалистов.

Уровень 1
Проблемы с внешним социальным окружением

Первый уровень рассматривает проблемы членов семьи в контексте социальных связей. Он охватывает среди прочего занятия в школе или работу членов семьи, отношения с более дальними родственниками, друзьями, знакомыми, соседями, жилищные условия и доходы семьи. Гипотезы этого уровня объясняют возникновение психологической проблематики неблагоприятными факторами внешней среды. Например, травля ребенка одноклассниками, отсутствие у родителей работы по специальности, низкая материальная обеспеченность семьи, насилие на улице и другие варианты травмирующей или обедненной внешней среды. Это традиционная область социальной психиатрии, социальных работников, служб занятости, классных руководителей, комиссий по делам несовершеннолетних и т.д. В развитых структурах социальной помощи она требует от специалистов контактов и посредничества с нанимателем, если подросток работает, и со школой, если он еще учится. Иногда требуется посредничество при решении жилищных проблем и поиске рабочего места.

Уровень 2
Проблемы в семейной системе

На этом уровне рассматриваются проблемы семьи как естественной группы. Симптоматическое поведение идентифицированного пациента анализируется как следствие нарушений функционирования всей семьи или отдельных ее подсистем. Акцент делает-

ся не на индивидуальные характеристики членов семьи, а на их взаимодействие и структурные особенности семейной организации. С проблемами этого уровня имеет дело семейная или супружеская психотерапия, вовлекая в работу всю семью целиком или релевантные подсистемы.

В целом, лучшими показаниями для семейной терапии являются следующие:

1) Когда центральное место принадлежит межличностным проблемам в семье.
2) Когда проблемы ребенка прямо связаны с плохим функционированием семьи, имеющей много трудностей и тягот.
3) Когда проблемы ребенка закрепляются семьей [Schaefer et al., 1984].

Отметим, что разрабатываемая в данном исследовании интегративная модель принадлежит данному уровню.

Следующие четыре уровня описывают индивидуальные трудности.

Уровень 3
Когнитивные и поведенческие проблемы

Они охватывают нарушения или трудности в области эмоций, когнитивных функций или поведения пациента, объясняемые с позиции теории обучения. Примеры проблем этого уровня — низкая самооценка, неразвитость социальных навыков, отставание в обучении. Основными видами помощи здесь являются когнитивная и поведенческая терапия.

Уровень 4
Эмоциональные конфликты с аспектами бессознательного

Для данного уровня наиболее распространенным диагнозом является "невроз" или "невротический конфликт". Эмоциональные расстройства имеют осознаваемую сторону и неосознаваемую, или "двойное дно". В этих случаях стороннего наблюдателя поражают противоречия и неадекватные реакции. У детей или подростков мы часто наблюдаем то, что называется "формированием реакции" или "гиперкомпенсацией", которые в итоге могут привести к характерологическим нарушениям. Гипотеза этого уровня требует психодинамической психотерапии. Терапевт имеет дело с малоосознаваемыми процессами и сопротивлением.

Уровень 5
Нарушения развития и личностные расстройства

Здесь формируются длительные и глубинные свойства и отклонения. Это касается различных аспектов, таких, например, как темперамент, черты характера, личностные нарушения, аутизм и ранние нарушения развития, подобные аутизму, а также специфические аномалии развития. Гипотезы на этом уровне не дают больших оснований для терапевтического оптимизма. Как правило, они говорят в пользу длительной психотерапии.

Уровень 6
Биологические нарушения

На этом уровне при наличии оснований формулируется гипотеза, указывающая на наличие соматопсихических связей, когда соматические (биохимические, нейрофизиологические или патологоанатомические) факторы являются первичными, а их следствиями становятся психические расстройства; или психосоматических связей, когда мы имеем дело с обратной ситуацией. В последнем случае это относится к "функциональным" жалобам (например, на головную боль) или "психосоматическим нарушениям", при которых всегда присутствует соматическая болезнь, например, язва. Помощь на этом уровне является в основном медикаментозной.

Все эти уровни являются взаимосвязанными и, в соответствии с общей теорией систем, улучшение в любой области и на любом уровне системы будет влиять на все прочие, за исключением случаев, когда сила этих уровней нейтрализует успех терапии [Spiegel, 1969].

Чем выше уровень, тем более оптимистично для психотерапевта выглядит гипотеза. Разрабатывая стратегию психотерапии, считает Оудсхоорн, необходимо выбрать не более трех уровней, где нарушения наиболее выражены, и сосредоточиться на них.

Пример мультимодальной диагностики с выдвижением гипотез на всех шести уровнях представлен в главе 4 (см. случай семьи Д.).

Подводя итоги данной главы, можно сказать, что если общая теория систем задает философский фундамент, классификации школ семейной терапии позволяют вычленить наиболее "работающие" идеи, которые необходимо учесть, то модель Оудсхоорна устанавливает сетку координат и позволяет очертить область применения разрабатываемой в данном исследовании диагностической модели.

В главе 2 далее будут описаны основные параметры интегративной модели системной семейной терапевтической диагностики. Соответствующие им способы получения информации представлены в главе 3.

Глава 2

ОСНОВНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ИНТЕГРАТИВНОЙ МОДЕЛИ И ДИАГНОСТИРУЕМЫЕ ПРОБЛЕМЫ

2.0. КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ИНТЕГРАТИВНОЙ МОДЕЛИ СИСТЕМНОЙ СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Анализ, проведенный в главе 1, позволяет определить место предлагаемой в данной работе диагностической модели и отнести ее целиком ко второму уровню модели Оудсхоорна. Встречаясь на приеме с несколькими членами семьи одновременно, терапевт должен фокусировать свое внимание прежде всего на групповых процессах семьи. Системная семейная терапия переместила фокус диагностики и оценки с индивида на его естественную группу. Конечно, семейный терапевт не должен пренебрегать индивидуальными особенностями людей. Однако гипотезы, которые он выдвигает, должны быть прежде всего циркулярными и включать в себя реакции всех членов семьи.

Индивидуальной диагностике и анализу взаимодействий членов семьи на основе их характерологических особенностей, установок, самооценки и мотивации было посвящено довольно много интересных отечественных исследований [Захаров, 1982; Спиваковская, 1988; Мягер, Мишина, 1979; Соколова, 1981; Бодалев, Столин и др., 1989; Личко, 1983; Алешина, 1994 и др.]. К сожалению, системный подход еще крайне мало представлен в России. В задачу данной работы не входит повторение всего того, что уже было написано о семье с позиции индивидуального подхода. Психологическая помощь с акцентом на интрапсихические проблемы приносит пользу многим людям, однако довольно часто она не учитывает групповые процессы семьи и может сопровождаться непредсказуемыми реакциями ее членов. На примере семьи А в главе 5 показано, что акцент на индивидуальных проблемах членов семьи ведет к построению линейных причинно-следственных гипотез и в конечном итоге — к поиску виноватого. Попытка терапевтической работы с "виновником проблемы" или вызывает у него сопротивление и отвергается, или быстро сводится на нет семейным процессом. Предлагаемая нами *интегративная модель системной семейной терапевтической диагностики* дополняет подходы к семье с точки зрения ее строения и функционирования как целостного организма.

Итак, интегративная модель относится к уровню семейной системы в мультимодальной диагностике Оудсхоорна. Ее главная задача состоит в "интегрировании" и развитии основных концептуальных парадигм широкого спектра системно-ориентированных направлений семейной терапии. Модель развивает идеи первых двух кластеров классификации, разбиравшейся в параграфе 1.1 [Levant, 1980], то есть подходов, ориентированных на семейную историю и на структуру/процесс семьи. Что касается подходов, ориентированных на переживание, то, с нашей точки зрения, их сторонники или вообще склонны избегать целенаправленной диагностики, как, например, клиент-центрированные семейные терапевты, или же проводят ее, ориентируясь на индивидуальные характеристики членов семьи. Кроме того, они образуют незначительную группу по сравнению с другими подходами. В терапевтическом же отношении, как мы уже говорили, царит довольно большой эклектизм, и школы двух первых кластеров могут использовать техники третьего, и наоборот.

Интегративная модель объединяет пять групп идей о семейной системе. Она показывает, что на семейную систему можно взглянуть с точки зрения ее структуры, коммуникаций, стадий развития жизненного цикла семьи, семейной истории и функций в ней проблемного поведения и симптомов (табл. 2.0.1).

Выбор именно этих пяти параметров для интегративной модели не случаен. Репрезентативная диагностическая модель семейной системы, на наш взгляд, должна, во-первых, описывать некоторые инвариантные, относительно стабильные характеристики

системы, касающиеся прежде всего ее строения и взаимоотношения элементов, во-вторых, анализировать процессы в семье в настоящий момент, в-третьих, учитывать проблемы изменения и трансформации семейной системы, в-четвертых, демонстрировать, как система пришла в данную точку своего развития и, наконец, в-пятых, показывать логику проблем и дисфункций семейной системы, их взаимосвязь с другими ее параметрами. Этим пяти задачам и отвечают пять параметров интегративной модели, являющихся основными ее составляющими.

Таблица 2.0.1

Место интегративной модели системной семейной терапевтической диагностики в сетке координат, задаваемых глобальной системной моделью Оудсхоорна

1. Проблемы с внешним социальным окружением

2. Проблемы в семейной системе.

3. Когнитивные и поведенческие проблемы.
4. Эмоциональные конфликты с аспектами бессознательного.
5. Нарушения развития и личностные расстройства.
6. Биологические нарушения.

2.1. СТРУКТУРА СЕМЬИ

В настоящем параграфе уточняются основные понятия, касающиеся первого параметра интегративной модели — структуры семьи, анализируется циркулярная модель Олсона для типов семейных структур, показываются ее достоинства и недостатки. В разделе 2.1.3 развиваются идеи использования треугольника в качестве единицы анализа структуры семьи, приводятся выделенные автором механизмы функционирования структуры

треугольника в семейной системе. Раздел 2.1.4 посвящен разработке обобщенной классификации дисфункциональных типов семейных структур. Дальнейшее развитие структурная теория получает в предложенном способе описании семьи как маневрирующей системы, что позволяет учесть колебания параметров семейных структур.

2.1.1. Основные понятия

Исследование семейной организации особенно акцентируется терапевтами "структурной школы" системной семейной терапии, ведущим представителем которой является Сальвадор Минухин.

> "В сущности, структурный подход к семьям основан на представлении о том, что семья есть нечто большее, чем индивидуальные биопсиходинамики ее членов. Члены семьи соотносятся в соответствии с определенным устройством, которое управляет их трансакциями. Эти устройства обычно не формулируются явно или даже не узнаются, однако формируют целое — структуру семьи. Реальность структуры — это реальность другого порядка по сравнению с реальностью индивидуальных членов" [Minuchin, 1974].

Структурные семейные терапевты, наблюдая взаимодействие членов семьи, делают вывод о гипотетической структуре семьи. "Они двигаются от наблюдаемого к выводам, от содержания к форме, от частной последовательности поведенческих событий к организации как целому." [Levant, 1980]. Целью терапии является скорее помощь в переструктурировании дисфункциональной семейной организации, чем устранение симптомов. Предполагается, что изменение семейной структуры повлечет за собой редукцию проблем.

Анализируя структуру конкретной семьи, необходимо исследовать состав семьи; остановиться поочередно на разных уровнях системы (вся семья в целом, подсистема родителей, детская подсистема, индивидуальные подсистемы) [Minuchin, 1974; Lange, van der Hart, 1980]; описать структуру семьи с точки зрения ее основных параметров (сплоченность, иерархия, гибкость, внешние и внутренние границы, ролевая структура семьи); оценить характер структурных проблем (межпоколенные коалиции, реверсия иерархии, тип несбалансированности семейной структуры). [Gehring, 1993; Olson, 1993].

Важно узнать у членов семьи, кого каждый из них считает ее членом. Для нас становится сюрпризом, как часто члены семьи бывают несогласны в том, кто в данный момент входит в ее состав. Это важный вопрос относительно границ семьи и того, кто физически или психологически присутствует в данной семейной системе. [Boos & Greenberg, 1984]. Особенно важно это для разведенных семей и вступивших в повторный брак.

Исследователи и терапевты различных направлений согласны, что *сплоченность* (cohesion) и *иерархия* являются ключевыми измерениями для описания структуры семейных взаимоотношений. [Nichols, 1984; Birtchnell, 1987; Cierpka, 1988]. Несмотря на различные подходы к определению и операционализации этих понятий [Forman & Hagan, 1983; Combrinck-Graham, 1990], существует фундаментальное согласие о важности этих измерений для оценки семейных систем [Fisher, 1976; Fisher, Giblin & Regas 1983].

Термин *сплоченность* (cohesion) определяется как эмоциональная связь, близость или привязанность членов семьи [Bowen, 1960; Stierlin, 1974; Bying-Hall & Campbell, 1981; Kelsey-Smith & Beavers, 1981]. Применительно к семейным системам это понятие используется для описания степени, до которой члены семьи видят себя как связанное целое.

Термин *иерархия* охватывает несколько фундаментальных теоретических предположений и не может быть ограничен простым определением [Kranichfeld, 1987; Fish 1990]. Можно сослаться, например, на авторитет, доминирование, власть принимать решения или степень влияния одного члена семьи на других [Moos, 1974; Маданес 1999; Williamson, 1981; Oliveri & Reiss, 1984; Bloom, 1985]. Понятие иерархии используется также в изучении изменений в структуре ролей и правил внутри семьи [Olson 1986; Dickerson & Coyne, 1987].

Термин *граница* используют при описании взаимоотношений между семьей и социальным окружением, а также между различными подсистемами внутри семьи (например, индивидуальностью, диадами, триадами). Семейные терапевты рассматривают развитие границ как один из важных параметров эволюции семейных структур. Семейные границы могут быть выражены через правила, которые определяют, кто принадлежит данной системе или подсистеме и каким образом они ей принадлежат [Minuchin S., 1974].

Структурная теория утверждает, что дисфункцию системы задают крайние варианты. Плохо, когда границы или слишком жесткие, или слишком размытые. Если *внешние* границы слишком жесткие, то в системе наступает застой, происходит мало обменов между семьей и окружением. Если границы системы слишком слабые, то у членов семьи оказывается много связей с внешней средой и мало — между собой. Например, семья редко собирается вместе. В этом случае семья становится похожа на постояльцев гостиницы, живущих под одной крышей.

Если *внутренние* границы, например, между родительской и детской подсистемами слишком жесткие, то родители производят впечатление занятых только собой; если, наоборот, слишком слабые, то родителям может не хватать интимности, они могут функционировать только в родительских ролях, теряя супружеские отношения.

Изменение качества границ в семье является одной из основных целей структурной семейной терапии. Например, когда терапевт на сессии устанавливает правило "говорить каждому только за самого себя", он пытается укрепить *межличностные* границы членов семьи, предотвратить чрезмерную слитность некоторых из них. Организуя диалог супругов и блокируя вмешательство в него детей и бабушек, терапевт работает на укрепление супружеской подсистемы. Меняя правила приглашения в семью друзей и родственников, терапевт способствует изменению внешних границ семьи.

2.1.2. Модель Олсона

Семейные модели обычно пытаются установить связи между теорией, исследованиями и клинической практикой. Такие модели, как правило, используют сплоченность, иерархию и гибкость, то есть способность семейной системы адаптировать их к изменениям ситуации и стрессам, как ключевые параметры в описании структуры семейных взаимоотношений [Parsons & Bales, 1955; Kantor & Lehr, 1975; Lewis et al, 1976; Epstein, Bishop & Levin, 1978; Olson, 1986; Kinston, Loader & Miller, 1987, Klog, Vertommen & Vanereycken, 1987; Gehring, 1993].

Одной из наиболее известных и широко применяемых структурных моделей является циркулярная модель Олсона [Olson, 1986; 1993].

Эта модель включает в себя две основные оси (сплоченность и гибкость), которые задают тип семейной структуры и один дополнительный параметр — коммуникацию, графически не включенную в модель (рис. 2.1.1).

Выделяется четыре уровня *сплоченности*: крайне низкий — разобщенный (disengaged) тип семьи; разделенный (separated) — низкий к умеренному; связанный (connected) — умеренный к высокому и запутанный (enmeshed) — чрезмерно высокий уровень.

Семейная *гибкость* (flexibility) определяется Олсоном как количество изменений в семейном руководстве, семейных ролях и правилах, регулирующих взаимоотношения. На этой шкале Олсон также выделяет четыре уровня: от ригидного (rigid) — очень низкий; структурированного (structured) — низкий к умеренному; гибкого (flexible) — умеренный; к очень высокому — хаотичному (chaotic) типу семейной системы.

Постулируется, что центральные уровни сплоченности (раздельный, объединенный) и гибкости (структурированный, гибкий) являются сбалансированными и обеспечивают оптимальное семейное функционирование, в то время как крайние значения по этим шкалам (разобщенный, запутанный, ригидный и хаотичный типы) являются проблемными.

Коротко опишем каждое из выделенных значений по этим шкалам. Когда семьи приходят на терапию, они часто представляют собой один из крайних структурных типов. Если уровень сплоченности слишком высок (*запутанная система*), то существует слишком много центростремительных сил в семье, крайности в требовании эмоциональной близости и лояльности, отдельные члены семьи не могут действовать независимо друг от друга. В семье слишком много согласия, различия в точках зрения активно не поощряются. Существует даже страх различий, опасность существования такой семьи (Если мы такие разные, то что мы делаем вместе?). У членов семьи мало личного пространства и невысокая степень дифференцированности друг от друга. Семья как система имеет жесткие внешние границы с окружением и слабые внутренние границы между подсистемами и индивидуальностями. Энергия людей сфокусирована в основном внутри семьи или отдельной ее подсистемы, и существует мало неразделенных с другими друзей и интересов.

В другой крайности — *разобщенной системе* с низким уровнем сплоченности существует слишком много центробежных сил. Члены семьи эмоционально крайне дистанцированы, почти не испытывают привязанность друг к другу, демонстрируют несогласованное поведение. Они редко проводят время вместе, не имеют общих друзей и интересов. Им трудно оказывать друг другу поддержку и совместно решать жизненные проблемы. Однако нельзя сказать, что члены такой семьи являются хорошо дифференцированными личностями в понимании Мюррея Боуэна, так как за изолированностью от других, подчеркнутой независимостью они часто скрывают свою неспособность устанавливать близкие взаимоотношения, возрастание тревоги при сближении с другими людьми.

Полюса данной шкалы (близость — раздельность) отражают два фундаментальных человеческих страха — страха одиночества и страха быть поглощенным другими.

Члены семей сбалансированных типов способны сочетать собственную независимость и тесные связями со своими семьями. Семьи с *раздельным типом* взаимоотношений отличаются некоторой эмоциональной разделенностью, но она не проявляется в таких крайних формах, как в разобщенной системе. Несмотря на то, что время, проводимое отдельно, для членов семьи более важно, они способны собираться вместе, обсуждать проблемы, оказывать поддержку друг другу и принимать совместные решения. Интересы и друзья обычно являются разными, но некоторые разделяются с другими членами семьи.

Объединенный тип семьи характеризуется эмоциональной близостью, лояльностью во взаимоотношениях. Члены семьи часто проводят время вместе. Это время для них важнее, чем время, посвященное индивидуальным друзьям и интересам. Однако сплоченность в таких семьях не достигает степени запутанности, когда пресекаются всякие различия.

Семьи нуждаются не только в балансе близости — раздельности, но и в оптимальном сочетании изменений внутри семьи со способностью сохранять свои характеристики стабильными. Несбалансированные по шкале гибкости системы склонны быть или ригидными, или хаотичными.

Система становится *ригидной,* когда она перестает отвечать на жизненные задачи, возникающие перед семьей в ее продвижении по стадиям жизненного цикла. Семья отказывается меняться и приспосабливаться к изменившейся ситуации (рождение, смерть членов семьи, взросление детей и отделение их от семьи, изменения в карьере, месте жительства и т.д.). По Олсону, система часто становится ригидной, когда она чрезмерно иерархизирована. Существует член семьи, который всем заведует и существляет контроль. Имеется тенденция к ограничению переговоров, большинство решений навязывается лидером. В ригидной системе роли, как правило, строго распределены, а правила взаимодействия остаются неизменными. Слишком незначительное количество изменений в системе ведет к высокой предсказуемости и ригидности поведения ее членов.

Хаотическое состояние система часто обретает в момент кризиса, например, при рождении ребенка, разводе, потере источников дохода и т.д. В таком состоянии семья может оказаться в тот или иной период времени. Проблемным оно становится, если си-

стема застревает в нем надолго. Такой тип системы имеет неустойчивое или ограниченное руководство. Решения являются импульсивными и непродуманными. Роли неясны и часто смещаются от одного члена семьи к другому. Большое количество изменений приводит к непредсказуемости того, что происходит в системе.

Следующие два типа семейных структур считаются Олсоном сбалансированными. Системы *структурированного* типа отличаются некоторыми чертами демократического руководства, в частности, члены семьи способны обсуждать общие проблемы и учитывать мнение детей. Роли и внутирисемейные правила стабильны, однако существует некоторая возможность их обсуждения.

Гибкий тип семейной системы характеризуется демократическим стилем руководства. Переговоры ведутся открыто и активно включают детей. Роли разделяются с другими членами семьи и меняются, когда это необходимо. Правила могут быть изменены и соотнесены с возрастом членов семьи. Иногда, правда, семье может не хватать лидерства, и члены семьи завязают в спорах друг с другом, что, однако, не приводит к потере управляемости системы.

Циркулярная модель Олсона изображена на рис 2.1.1. Из рисунка видно, что всего имеется шестнадцать типов супружеских или семейных систем. Из них четыре являются сбалансированными типами структур, восемь — среднесбалансированными (сбалансированными по одной шкале и находящимися на краю по другой) и четыре крайних типа, несбалансированных по обоим параметрам.

Основываясь на циркулярной модели, Олсон выдвигает три гипотезы:

1) Супруги и семьи сбалансированных типов в целом будут функционировать более адекватно, проходя через стадии жизненного цикла, чем несбалансированные типы.

2) В ситуации стресса или изменения задач жизненного цикла семьи будут модифицировать близость и адаптивность, приспосабливаясь к обстоятельствам. Сбалансированность семей не означает, что они всегда будут функционировать в умеренном диапазоне. Семьи могут приближаться к краям измерений, когда это необходимо, но застревание в этих позициях ведет к возникновению психологической проблематики у их членов.

3) Позитивные коммуникативные навыки (эмпатия, умение слушать, навыки самораскрытия, ведения переговоров и т.д.) помогают поддерживать равновесие по двум выделенным измерениям, дают возможность сбалансированным типам семей изменять свои уровни близости и гибкости легче, чем несбалансированным типам. И наоборот, крайние типы систем отличаются обедненной коммуникацией, что препятствует движению к сбалансированным типам и увеличивает вероятность их застревания в крайних позициях.

Оценивая семьи по этой модели, следует также учитывать, что нормы близости и гибкости семейных систем у разных этнических групп могут отличаться [Olson, 1993].

Модель Олсона нашла подтверждение в клинических исследованиях. Так, можно сослаться на две работы [Clarke, 1984; Carnes, 1989], использовавшие опросники, основанные на этой модели. Кларк сравнивал три группы семей: с больным невротическим расстройством, шизофреником и неклинические семьи. Карнс исследовал семьи с сексуальным насилием. Результаты этих исследований показаны в таблицах 2.1.1, А и Б.

Таблица 2.1.1

Проблемные семьи и модель Олсона

а) Исследование [Clarke, 1984]

Типы семей в %	С невротиком	С шизофреником	Неклинические
Несбалансированные	64	56	7
Среднесбалан-	28	32	45

сированные			
Сбалансиро-ванные	8	12	48

б) Исследование семей с сексуальным насилием [Carnes, 1989]

Типы семей в %	Ядерная семья	Родительская семья	Другие, неклинические семьи
Несбалансиро-ванные	66	49	19
Среднесбалан-сированные	5	40	34
Сбалансиро-ванные	9	11	47

Олсон считает, что, вступая в брак, супруги часто воспроизводят структурный тип семейной системы, который был в их родительских семьях, или иногда пытаются создать противоположный. Если супруги происходят из совершенно разных семейных систем или предпочитают другие типы семейных динамик, им будет труднее создать совместный стиль взаимоотношений.

Исследование Родика, Хенглера и Хенсона (1986) подтверждает гипотезу о том, что сбалансированные семьи имеют больше позитивных коммуникативных навыков.

Результаты исследования изменений сплоченности и гибкости неклинических семей в зависимости от стадии жизненного цикла представлены на рис. 2.1.2 [Olson, McCubbin, et al., 1989].

Как видно из графика, сплоченность семейной системы наиболее велика у молодых пар, достигает своего минимума в семьях с подростками и начинает снова возрастать на стадии, когда супруги остались одни, после отделения детей (стадия "пустого гнезда"). График показывает также, что обычно семья становится наиболее ригидной на стадии "экспансии" (рождение детей и уход за ними), после чего гибкость семейной системы снова возрастает.

Циркулярная модель позволяет хорошо интегрировать системную теорию с процессами развития и прохождения семьей своего жизненного цикла. На рис 2.1.3 представлено изменение параметров в целом сбалансированной супружеской системы на ранних стадиях брака [Olson, McCubbin, et al., 1989].

Как видно из рисунка, в течение периода ухаживания (1) пара демонстрирует *гибкую связанность* во взаимоотношениях, чувство близости и гибкий стиль в лидерстве и принятии решений. После брака ситуацию новобрачных можно описать как *структурированную запутанность* (2). Их взаимодействие более структурировано, так как по сравнению с периодом ухаживания их отношения приобрели большую определенность в ролях и руководстве. В то же время начало совместной жизни любящей пары характеризуется высокой степенью вовлеченности во взаимодействие с партнером и эмоциональным слиянием. После первого года брака (3) волнение от общения с партнером заметно уменьшается, пара делается более сбалансированной, их отношения переходят к *структурно-связанному* типу. В течение второго года женщина часто беременеет (4) и отношения супругов приобретают характер *гибкой разделенности*. Их роли становятся несколько более изменчивыми, возрастает эмоциональная дистанция. Женщина фокусируется на опыте беременности, а муж больше сил вкладывает в работу. Рождение ребенка переводит супругов в состояние *хаотичной связанности* (5), это очень важное время во взаимоотношениях любой пары. В семье происходит много изменений, и пара пытается адаптироваться к появлению нового члена семьи. Супруги чувствуют большую близость друг к другу. Их жизнь проходит в относительной суматохе, они не спят ночами, ухаживая за ребенком. Женщина может быть вынуждена оставить работу. Супруги редко ходят в гости к друзьям, так как у них нет на это времени. Проходит еще год (6),

и жизнь семьи стабилизируется. Они теперь функционируют как *ригидно-разделенная* семья и испытывают очень мало изменений. Жена находится дома с годовалым ребенком и наслаждается младенцем. Сплоченность супругов драматически понижается. Жена больше вовлечена в ребенка, чем в мужа, а он много сил отдает работе. Они мало времени проводят друг с другом, функционируя главным образом в родительских ролях. Подобная ситуация является типичной для нормативного кризиса развития семьи с маленьким ребенком и требует специальных усилий по ее преодолению.

Приведенная динамика отношений показывает, что изменения в структуре семьи могут накапливаться постепенно, но могут происходить и скачкообразно, например, под влиянием кризиса рождения. Эти изменения могут происходить спонтанно, но могут быть и запланированы посредством переговоров членов семьи друг с другом.

2.1.3. Треугольник как единица оценки семейной системы

Наряду с очевидными преимуществами циркулярная модель Олсона имеет ряд недостатков:

1. Модель удобна для описания диады или усредненных характеристик целой семьи, однако она кажется упрощенной, когда возникает необходимость в более детальном рассмотрении коалиционной структуры семьи, имеющей подсистемы с зачастую противоположными параметрами (например, запутанную диаду мать — ребенок и разобщенную подсистему родителей).

2. Кроме того, как мы покажем в дальнейшем, семья представляет собой *маневрирующую* систему, которая за относительно короткий промежуток времени может колебаться между несколькими состояниями, имеющими структурные различия в близости и иерархии.

В связи с этим возникает необходимость в дополнении модели Олсона рядом других подходов. Отметим также, что диагностическим инструментом, пытающимся преодолеть недостатки модели Олсона, является FAST (системный семейный тест Геринга [Gehring T., 1993]), применение которого будет рассмотрено в главах 3 и 5.

Боуэн, а за ним и ряд других авторов предлагают использовать понятие *треугольника* как единицу анализа семейных структур [Bowen, 1978; Caplow, 1968; Fogarty, 1973; Friedman, 1985; McGoldric & Gerson, 1985]. В настоящее время это понятие широко используется в системной семейной терапии.

В общем случае треугольники — это любые взаимоотношения с тремя каналами связи. В каждом углу может находиться индивидуум, группа людей, неодушевленный предмет или деятельность. Основной семейный треугольник состоит из отца, матери и ребенка. Основной гипотезой является предположение о том, что взаимоотношение любых двух участников треугольника зависят от его третьей стороны. Взаимосвязи в треугольнике не являются тремя разрозненными диадами. Любая диада в треугольнике оказывается функцией двух остальных. Чем больше дистанция между супругами, тем ближе один из них к третьему участнику треугольника, например, к ребенку или к кому-либо из собственных родителей. Чем ближе один из родителей к одному из детей, тем дальше они оба от второго родителя. Если ребенок попытается изменить это положение, передвигаясь к более дистанцированному родителю, то он нарушит не только свои отношения с близким родителем, проявив к нему нелояльность, но и отношения этого более близкого родителя с более дистанцированным.

Формирование треугольников и вовлечение третьего во взаимоотношения обычно способствует уменьшению трудностей в первоначальной диаде. Некоторые пары прекрасно общаются, пока беседуют о детях, о друзьях, о работе, но боятся сосредоточить внимание друг на друге.

Структуру треугольника можно использовать для объяснения многих процессов в семье. В настоящем исследовании нами были выделены следующие распространенные *механизмы структуры треугольника:*

1) Достижение оптимального уровня близости/отдаленности между участниками диады.

а) Когда отношения в паре становятся чересчур интенсивными, один из партнеров может отвлечься на что-то третье (работу, хобби, отношения с третьими лицами, алкоголь, наконец), отдалившись таким образом от другого.

б) Когда отношения в паре дистантны, испытывающий дефицит в близких взаимоотношениях может захотеть сблизиться с кем-то еще.

2) Механизм силового давления. Кто-то из членов семьи может попытаться заручиться поддержкой третьего, образовать с ним коалицию, чтобы приобрести большее влияние. Например, подросток хочет, чтобы отец купил ему музыкальный центр, для этого он сначала уговаривает мать и уже через нее добивается своего.

3) Механизм передачи паттернов взаимоотношений в последующие поколения. Семейные терапевты отмечают, что супруги склонны формировать в своей собственной семье треугольники, подобные треугольникам в их родительских семьях (см. параграф 2.4).

4) Способ ухода от внутренних проблем пары и их сплочение на основе совместной позиции по отношению к кому-то (или чему-то) третьему. Данный механизм играет особую роль в преодолении кризиса взаимоотношений двух партнеров. Для объяснения этого важного процесса приведем несколько примеров. После продолжительных ссор супруги собираются разводиться. Они договариваются, что в определенный день муж заедет за женой по дороге в загс, чтобы подать заявление на развод. Однако в этот день угоняют машину мужа, и супруги, позабыв про развод, занимаются выяснением отношений с милицией. Общая беда помогает забыть старые споры. Аналогично, если один из супругов заболеет, то другой может пойти на сближение, чтобы бороться с его болезнью.

Другой пример: муж уходит к любовнице, находя у нее утешение от постоянных проблем во взаимоотношениях с женой. Они вместе могут обсуждать недостатки его супруги. Через некоторое время у него почему-то портятся отношения и с этой женщиной. Тогда он может вернуться к жене и, покаявшись, объединиться с ней против "коварной искусительницы, злонамеренно воспользовавшейся его доверчивостью". При этом он и его партнерши имеют возможность не смотреть в лицо реальным трудностям в их взаимодействиях. Этот инфантильный сюжет нашел отражение в телевизионных "мыльных операх".

В семьях, где ребенок представлен как идентифицированный пациент, его симптомы часто маскируют конфликт между родителями и в результате ребенок становится семейным "*козлом отпущения*" [Vogel & Bell, 1960]. Допустим, между родителями есть ряд нерешенных проблем, они "застряли" и их брак находится под угрозой. У ребенка в ответ могут возникнуть свои трудности, которые отвлекут родителей от их конфликтов и заставят обратиться к его проблемам. Напряжение в семье несколько уменьшится, что позитивно подкрепит и зафиксирует проблемы ребенка. В семье при этом одновременно протекают два процесса: "*отклонение в сторону усиления*" и "*отклонение в сторону снижения*" [Hoffman, 1971,1981]. Термин "отклонение в сторону усиления" характеризует в нашем примере процесс возрастания проблем у ребенка, а "отклонение в сторону снижения" — процесс затемнения разногласий между супругами. Постепенно, по мере углубления, проблемы ребенка затмевают даже разногласия супругов в том, что надо с ним делать, и они начинают демонстрировать псевдосотрудничество по отношению к этой ситуации. Если все это продолжается в течение длительного времени, то может возникнуть миф об идеальной семье, в которой есть только одна проблема — это "болезнь" или поведенческие трудности ребенка.

Если терапевт слишком открыто попытается вытащить наружу конфликт между супругами, идентифицированный пациент может непроизвольно предпринять действия, отвлекающие внимание терапевта, начав вести себя в его кабинете как-то странно. Или кто-то из членов семьи предложит терапевту "горячую тему", лежащую, однако, в стороне от супружеских взаимоотношений. Более того, следствием таких действий терапевта может быть ухудшение поведения ребенка между встречами, так что на следующей сессии семья предложит терапевту тему обострения ситуации, вынуждая его работать над ней, а не над их супружескими проблемами. Джексон называет это "спаситель-

ной реакцией" [Haley & Hoffman, 1967], представляющей собой, по сути, яркое проявление гомеостатического механизма.

Соотнося процессы отклонения с разными уровнями семейной структуры, можно заметить: то, что ведет к отклонению в сторону увеличения на уровне всей семьи, приводит к процессам отклонения в сторону снижения на уровне подсистемы родителей.

Процессы отклонения в сторону снижения и увеличения могут наблюдаться во всех семьях и в любых подсистемах. Например, мама может использовать боль в сердце, чтобы прекратить конфликт между отцом и сыном. Они должны позабыть ссору и начать ухаживать за ней. Члены всех семей время от времени забывают о своих разногласиях и объединяются в коалицию по отношению к кому-то третьему. Эти процессы не являются дисфункциональными, если гибко чередуются и не приводят к застреванию кого-то в ролях "больного" или "козла отпущения". Член семьи, принявший на себя эти роли, часто разделяет судьбу библейского козла отпущения и удаляется из семьи в соответствующее лечебное или правоохранительное учреждение.

Преимущество размышления над проблемами в терминах процессов в сторону усиления/снижения состоит еще и в том, что они характеризуют степень ригидности/гибкости семейной системы. Семьи, привыкшие ссылаться только на одну проблему и отрицать различия между своими членами, как правило, более ригидны, чем семьи, готовые обсуждать не только, например, проблему ребенка, но и противоречия между родителями. Используя этот подход, терапевт имеет возможность предсказать, как много усилий и какие стратегии ему потребуются, чтобы создать условия для изменения семьи. Так, например, проблемно-разрешающие, рациональные стратегии, использующие принципы теории научения, приспособлены к семьям, имеющим хотя бы некоторую степень гибкости и хоть сколько-нибудь ясные тенденции к трансформации. Для ригидных же семейных структур с сильными гомеостатическими механизмами более приемлем непрямой "дзюдо-подход", использующий парадоксальные предписания [Andolfi, 1979; Papp, 1977,1980; Selvini Palazzoli at al., 1978; Van der Hart & Defares, 1978].

2.1.4. Некоторые типы дисфункциональных семейных структур

Делая акцент на семейной организации, системный семейный терапевт должен диагностировать нефункциональные семейные структуры, следствием которых является индивидуальная проблематика членов семьи. В этом параграфе мы опишем *обобщенную классификацию структурных проблем*. Характеристика определенных структур как проблемных является следствием применения структурной семейной теории в терапии.

1) Несбалансированность семейной системы в целом по шкалам близости и гибкости (иерархии), описываемая через *дисфункциональные типы семейных структур в модели Олсона* (см. раздел 2.1.2).

2) *Структуры, включающие в себя аутсайдеров*, т.е. людей с низким социометрическим выбором. Например, один из детей рассматривается родителями как нелюбимый, или в семье живет бабушка, с которой остальные члены семьи находятся в состоянии войны. Такие структуры часто бывают поляризованы по принципу "свои — чужие". Приписывая "плохие" качества одному из своих членов и "хорошие" — всем прочим, семья может поддерживать свою целостность как группы.

Перечисляемые далее пункты дополняют классификацию Олсона на основе применения понятия треугольника.

3) *Межпоколенная коалиция.* Все живые существа, способные к обучению, вынуждены организовываться и выстраивать иерархию. Группы могут иметь более чем одну иерархию в силу различных функций. (См. раздел 2.1.5 о маневрирующих системах.) Но существование иерархии является неизбежным, потому что оно заложено в природе организации. Причем иерархический порядок поддерживают все участники организации. Наиболее простая модель иерархии основывается на линиях, прочерчиваемых поколениями. Обычно семьи включают в себя не больше трех-четырех поколений. Традицион-

ные семьи, например в Азии, как правило, имеют три четко выраженные статусные позиции. В западном мире в эпоху быстрых социальных изменений статус бабушек и дедушек стал ниже, обычно они имеют право совещательного голоса. "Если и существует фундаментальное правило социальной организации, то оно гласит: организация попадает в беду, когда коалиции складываются поперек уровней иерархии, особенно когда эти коалиции секретные" [Haley, 1976]. Когда руководитель выбирает фаворитов среди подчиненных, когда служащий объединяется с вышестоящим руководителем против своего непосредственного начальника и когда подобные ситуации становятся правилом, возникает организационная проблема и ее участники испытывают стресс.

Относительно семейных структур межпоколенные коалиции имеют следующие варианты:

а) Один из родителей образует устойчивую коалицию с ребенком против другого, дистанцированного родителя. В этом случае ребенок имеет возможность не выполнять требования последнего, так как его всегда поддержит другой родитель. В типичном случае — мать образует коалицию с ребенком, а отец находится на расстоянии.

б) Бабушка (дедушка) образует коалицию с ребенком против родителей. Часто встречающийся вариант в разведенных семьях, когда мать с ребенком живет в доме своей матери, представляет собой коалицию бабушки и ребенка против воспитательных мер матери.

в) Родитель объединяется с любимым ребенком, позволяя ему больше, чем другим детям, и вызывая у них ревность.

г) Один из супругов объединяется со своими родителями против другого супруга и т.д.

Коалиции помогают тем, кто чувствует себя слабым и не способным справиться с теми, кто кажется им сильнее. Они позволяют членам семьи совладать с низким самоуважением, уменьшить тревогу и контролировать третью сторону. Типичные последовательности взаимодействий, связанные с межпоколенными коалициями, рассматриваются в разделе 2.2.3.

4) *Скрытая коалиция*. В этом случае наличие коалиции между участниками может не признаваться членами семьи. Обычно она возникает на основе совместного секрета через идентификацию двух членов семьи и часто выражается в подкреплении симптоматического поведения. Например, ребенок отказывается ходить в школу. Оба родителя согласны, что ему нужно учиться. Они вместе обсуждают эту проблему и планируют совместные действия. Отец отводит ребенка утром в школу, однако тот через полчаса сбегает домой. Мать, втайне сочувствуя ребенку и считая его чересчур робким, таким же, какой она сама была в детстве, разрешает ему остаться дома, принимает всерьез его жалобы на головную боль, укладывает в постель и кормит чем-нибудь вкусным. Когда вечером приходит отец, она говорит ему, что не смогла справиться с ребенком, и просит его уговорить ребенка ходить в школу. Коалиция здесь является скрытой, так как мать внешне солидарна с отцом и может даже поддерживать его требования. И если отец не будет выходить из себя и бить ребенка, то коалиция может так и остаться непроявленной. Хейли (1967) характеризует треугольник с тайной коалицией как "испорченную триаду".

Шефлен (1981), описывая семьи шизофреников, даже вводит понятие "симбиозного поля", которое характеризуется тем, что на первый взгляд кажется противоположным: необычно сильно выраженная привязанность и необычно низкий уровень взаимодействия друг с другом. Сильная привязанность становится намного очевидней из невербальной коммуникации. Члены семьи, находящиеся в симбиозном поле, могут сидеть вдали друг от друга, не обращаться друг к другу, но при этом удивительным образом походить друг на друга типом и цветом одежды, прической, манерой поведения и выражением лица. Шефлен сравнивает это с хором или танцевальным ансамблем, когда члены группы имеют определенные общие признаки, бросающиеся в глаза, и поступают

синхронно. В то время как один лагерь во время сеанса семейной терапии сидит бесцветно, без движений, с опущенными руками, другие члены семьи могут вести себя совершенно иначе. Если кто-либо внутри симбиозного поля изменяется, остальные члены поля также меняются. В такой патологической ситуации можно говорить об отсутствии автономии, личностной дифференциации или "эго-массе" [Оудсхоорн, 1993].

5) *Перевернутая иерархия.* Это понятие описывает ситуацию, когда по каким-либо причинам статус ребенка в семье становится выше, чем статус одного или обоих родителей. Например, отец с дочкой могут вести себя как супруги и относиться к матери и остальным детям как к младшим в семье. Другой случай: когда один из родителей заболевает и теряет трудоспособность, тогда ребенок выступает в роли родителя по отношению к больному и остальным детям, отодвинув в сторону собственные чувства и желания. Такая позиция ребенка в литературе известна как "парентификация". Иногда благодаря симптоматическому поведению ребенок может приобрести чрезмерное влияние в семье и регулировать супружеские взаимоотношения. Так, например, у дочери возникают тики, когда родители ссорятся. Стремясь создать спокойную обстановку для девочки, родители вынуждены замалчивать свои разногласия.

6) *Отсутствие разницы в статусе среди детей.* Несбалансированность иерархии в детской подсистеме может выглядеть или как чрезмерная ее иерархизированность, когда кто-то из детей обретает особый статус, становясь, например, чрезмерно ответственным за других детей и приобретая непосильные для него функции родителя (см. п. 5), или как отсутствие в ней иерархической структуры. Последний вариант можно представить в виде колеса, где спицами являются дети, а осью — мать, которая в ответе за каждую мелочь, происходящую с детьми, без передачи им некоторых своих полномочий. Такая мать кажется перегруженной их постоянными требованиями. Эту структуру легко увидеть, если терапевт даст какое-нибудь задание детям, пока он беседует с матерью. Дети будут постоянно прерывать их разговор, что-нибудь спрашивая у матери, показывая ей, что они сделали, прося ее уладить споры и стараясь свериться с ней, прежде чем что-то предпринять. Такая структура является типичной в организации, где администратор не может делегировать власть и, таким образом, остается за все в ответе.

2.1.5. Семья как маневрирующая система

Как мы уже отмечали, для понимания процессов в системе очень важной является идея осцилляции. В русле развития структурной теории мы предлагаем использовать в семейной терапии понятие *маневрирующей системы.* Действительно, о семье удобно думать не как о системе с абсолютно неизменной структурой, а представлять ее в виде маневрирующей системы, то есть системы, переходящей из одного состояния в другое и обратно. В результате система колеблется между разными, зачастую противоположными состояниями (миром и войной в семье; обострением симптомов у ребенка и периодом некоторого затишья; ситуацией алкогольного запоя и состоянием семьи, когда муж относительно трезвый и т.п.). Очевидно, что параметры иерархии и сплоченности (близости) могут меняться от состояния к состоянию, оставаясь в целом неизменными за период, сравнимый со стадией жизненного цикла. На рисунке 2.1.4 показано маневрирование семейной системы между состояниями с разной коалиционной структурой. Состояние А характеризуется коалицией мужа со своей матерью против жены. Состояние Б — коалиция мужа с женой против своей матери.

Маневрирование системы между состояниями включено в общий циркуляционный процесс. Вернее будет сказать спиралевидный, так как вследствие постоянного развития система никогда не возвращается в полностью тождественное состояние (см. рис 2.1.5). Однако для упрощения мы будем считать изоморфизм состояний полным и говорить, таким образом, о циркуляционном процессе.

Семейный процесс может быть, конечно, более сложным и включать в себя более чем два состояния. Однако для терапевтических целей обычно полезно описывать не больше двух-трех структурных состояний семейной системы на данном рабочем промежутке времени. Так, Геринг для диагностики семейной системы предлагает исследовать пара-

метры сплоченности и иерархии в типичной, конфликтной и идеальной семейных ситуациях [Gehring, 1993]. Процессы, переводящие семью из состояния в состояние, в виде последовательностей взаимодействий будут анализироваться в параграфе, посвященном коммуникации (2.2).

Говоря о процессе постоянной смены коалиций, отметим также несколько важных ролей, которые может играть третий участник в конфликтах между двумя другими. Кроме уже описанных нами ролей партнера коалиции, больного (слабого, несамостоятельного, т.е. того, кому нужна помощь) и козла отпущения, третий участник может выбрать более активную роль, переходя от одного конфликтующего к другому. Зук описывает роль *посредника* (go-between), который, пытается сгладить разногласия, например, говоря одному из участников, что другой не имел в виду ничего серьезного, и вообще, он его, несомненно, любит [Zuk, 1966]. В некоторых семьях определенные люди всегда сражаются, а другие всегда посредничают. Например, отец и сын конфликтуют, а мать является посредником. Между супругами и между матерью и сыном никогда не происходит конфликтов. Зук склонен рассматривать такую ситуацию как нежелательную и будет иногда пытаться сделать мать скорее открытым участником конфликта, чем средством коммуникации между враждующими сторонами. Возможно, посредничество матери является манерой ее ухода от открытого столкновения с мужем.

Симмель проводит различие между ролью посредника и ролью "*наслаждающегося третьего*", который получает преимущества от конфликта между двумя другими [Simmel, 1950]. Оппоненты соревнуются за его поддержку и хотят привлечь его на свою сторону. Примером подобной ситуации может быть соперничество родителей за любовь ребенка, который, не занимая ничью сторону, становится наиболее могущественным членом семьи.

Симмель выделяет также роль "*подстрекателя*", который стимулирует конфликты между двумя "партиями" и использует их для собственных выгод, сознательно применяя политику "разделяй и властвуй". Подстрекатель попеременно объединяется то с одной партией против другой, то с другой против первой, усиливая конфронтацию и разрыв отношений между ними. Подстрекатель всегда настороже и старается не допускать возможных коалиций без своего участия. Следовательно, его позиция не является такой уж надежной. Посредник, как правило, настолько уверенно чувствует себя в своей роли, что может позволить себе разрешить коалицию между двумя другими членами триады.

Анализируя "игровые" взаимодействия в маневрирующем треугольнике, нельзя не упомянуть широко используемые роли "преследователя", "жертвы" и "спасателя", которые поочередно могут принимать члены семьи [Берн, 1992; Джеймс и Джонгвард, 1993; Ричардсон, 1994].

Использование терминологии ролей может обеспечить ценной информацией о силовой борьбе внутри семьи. Однако существует опасность "ролевой навязчивости", и конкретные поведенческие паттерны, с помощью которых люди запутанно влияют друг на друга, могут остаться незамеченными. Для терапевта важно не только разобраться в структуре семьи и в ее колебании между различными состояниями, но и отмечать последовательности взаимодействий, переводящие ее из одного состояния в другое, улавливать их общий рисунок. Такому анализу и будет посвящен следующий параграф.

2.2. СЕМЬЯ КАК КОММУНИКАТИВНАЯ СИСТЕМА

Данный параграф обращается к двум наиболее важным, с нашей точки зрения, проблемам взаимодействия членов семьи друг с другом и терапевтом: коммуникативному парадоксу и модели циркулярных последовательностей, в которые закономерно попадает система, имеющая трудности функционирования. В разделе 2.2.1 приводятся шесть аспектов "правил взаимодействия" и показывается применение этого понятия к анализу семейных коммуникаций. В разделе 2.2.2 проводится разграничение между линейными и циркулярными способами описания процессов в семье и обосновывается преимущество последнего для семейной терапии. Кроме того, в данном разделе рассматриваются

несколько типичных циркулярных последовательностей, обслуживающих проблемную триаду в семье и многократно отмеченных в терапевтической практике автора (см. также анализ случаев в главе 4).

2.2.1. Проблемы коммуникации

Анализу взаимодействий особенно много внимания уделяют представители коммуникативного подхода в семейной терапии [Jackson, 1968; Haley, 1963; Watzlawick et al., 1967]. Терапевты этого направления обучаются изменять рисунок взаимодействия таким образом, чтобы члены семьи смогли разрешать свои проблемы сами. В связи с этим принято выделять ряд нарушений коммуникативного процесса, которые мешают конструктивно справляться с жизненными задачами и приводят к появлению симптоматического поведения.

Под коммуникацией обычно понимается обмен сообщениями. Он может осуществляться как с помощью речи, так и невербальными средствами. Как отмечал Пол Вацлавик (1974), исключить коммуникацию невозможно, ибо "всякое поведение в присутствии другого человека есть коммуникация". Основываясь на теории логических типов Бертрана Рассела [Whitehead A.N. & Russell B, 1910], принято выделять *метакоммуникацию* как принадлежащую более высокому логическому уровню (N+1) по сравнению с уровнем коммуникации (N). Метакоммуникация представляет собой комментарий или сообщение по поводу коммуникации. Метакоммуникация также может быть как вербальной, так и невербальной, и обычно представляет собой сигналы, помогающие правильно понять контекст сообщения. Например, является ли сказанная фраза шуткой или оскорблением, игровым взаимодействием или приказом, будет зависеть от того, в каком контексте и как она произносится. Люди могут ошибаться в восприятии метакоммуникативных сигналов, а также фальсифицировать их, в результате чего становятся возможными искусственный смех, симуляция дружелюбия, мошенничество, розыгрыши и т.д.

По мнению Бейтсона, в психологии реального общения сообщения разных логических уровней обычно перемешаны [Бейтсон Г. и др., 1993]. Построение высказывания одновременно на двух логических уровнях, противоречащих друг другу, приводит к *парадоксу*. "Будь непосредственным!" — часто цитируемый пример такого парадокса [Watzlawick P. et al., 1967]. Следование этому приказу означает, что он не исполняется, так как принуждение и непосредственное поведение являются несовместимыми. В семейной терапии довольно часто приходится сталкиваться с парадоксальными требованиями членов семьи друг к другу, которые не могут быть исполнены. Например, жена ожидает, чтобы муж руководил ею, взял на себя ответственность за ее жизнь, но в то же время вел ее только туда, куда желает она сама. Или другой вариант любви по приказу, когда мама говорит мальчику, что, будь он хорошим ребенком, он получал бы радость и удовольствие от этого скучного урока. Или слишком заботливые родители требуют от подростка, чтобы он был самостоятельным, ответственным, и в то же время постоянно руководят сыном, даже не отпуская его гулять после шести часов вечера, потому что это слишком опасно. Парадоксальные команды создают у их получателя ощущение тупика и часто приводят к крайностям. Так, в последнем примере мальчик может отреагировать полным затворничеством. С другой стороны, проблема воспитания детей ставит перед родителями поистине парадоксальную задачу. Они должны направлять, контролировать, оберегать и руководить теми, кому по мере взросления необходимо становиться все более и более автономными индивидуальностями. Как мы уже говорили, парадокс часто приводит к крайним решениям — или сдвигу контроля к тотальному, или полному его отсутствию и попытке постоянного взаимодействия с детьми "как с равными".

В некоторых случаях парадоксальные команды [Watzlawick P., et al., 1967] не приводят к негативному результату, если их можно обсуждать. Особенно вредными они являются там, где существует неравный статус участников взаимодействия и наложен запрет на их обсуждение. Отметим еще один тип несовместимых посланий, когда родители выдвигают требования к ребенку, противореча друг другу. Вредные последствия такой непоследовательности особенно подчеркивает психология научения [Patterson, 1971].

Крайним вариантом парадоксальной коммуникации является случай *двойного зажима* [Бейтсон Г. и др., 1993]. Авторы определяют основные характеристики ситуации двойного зажима следующим образом:

1) Индивид включен в очень тесные отношения с другим человеком, поэтому он чувствует, что для него жизненно важно точно определять, какого рода сообщения ему передаются, чтобы реагировать правильно.

2) При этом индивид попадает в ситуацию, когда значимый для него человек передает ему одновременно два разноуровневых сообщения, одно из которых отрицает другое.

3) И в то же время индивид не имеет возможности высказаться по поводу получаемых им сообщений, чтобы уточнить, на какое из них реагировать, то есть он не может высказать метакоммуникативные утверждения. Кроме того, он не может в реальности покинуть ситуацию взаимодействия, а несовместимые послания обычно касаются наиболее важного чувства для ребенка в семье — любят его родители или нет.

Приведем пример семейной ситуации. Допустим, что существование ребенка имеет для матери особый смысл, вызывая у нее тревогу и враждебность, когда возникает опасность интимного контакта с ним. В то же время для матери чувства враждебности по отношению к ребенку неприемлемы, и ее способ отрицания состоит в том, чтобы внешне выражать заботливое поведение, тем самым принуждая ребенка относиться к ней как любящей матери, и отдаляться от него, если он не делает этого. Кроме того, в семье нет никого (например, сильного и проницательного отца), кто бы смог вмешаться в отношения матери и ребенка и поддержал бы ребенка, запутавшегося в противоречиях.

Ситуация двойного зажима в шизофренических семьях, как считает Бейтсон, многократно повторяется. Вот как выглядит один из эпизодов. Мать навещает своего сына-шизофреника в больнице. Обрадованный встречей, он импульсивно ее обнимает. Она напрягается и как бы каменеет (коммуникативное сообщение: "Мне неприятен контакт с тобой"), он сразу убирает руку. "Разве ты меня больше не любишь?" — тут же спрашивает мать. (Метакоммуникативное сообщение: "Ты должен относиться ко мне как к любящей матери. То, что ты сейчас проявил, не является любовью"). Услышав это, молодой человек покраснел, а она заметила: "Дорогой, ты не должен так легко смущаться и бояться своих чувств". После этих слов пациент был не в состоянии оставаться с матерью более нескольких минут, а когда она ушла, он набросился на санитара [Бейтсон Г. и др., 1993].

Авторы концепции двойного зажима считают, что шизофреническая симптоматика является способом выхода из этой непереносимой тупиковой ситуации и приводит, помимо прочего, к неспособности шизофреников различать разные урони коммуникации: содержание и контекст, буквальный смысл и метафору.

В терапевтической ситуации парадокс, предлагаемый терапевту семьей, обычно выглядит так. Семья приходит и заявляет следующее: "Мы хотим избавиться от проблемы, симптома" (логический уровень — N). При этом контекстом данного сообщения является: "Но оставьте, пожалуйста, все как есть в нашей семье" (логический уровень N+1). Используя *парадоксальные предписания*, терапевт может создать собственный контрпарадокс для семьи. Он может сказать примерно следующее: "Симптом члена семьи выполняет важную и полезную функцию. Он помогает вашей семье тем-то и тем-то, а потому, пока не найдены другие механизмы реализации функций симптома, не меняйтесь" (коммуникативное сообщение). Все это говорится в том случае, если предполагаются дальнейшие встречи и контакт с семьей, то есть в контексте терапевтических изменений (метакоммуникативное сообщение). [Palazzoli M. S. et all, 1975; Haley, 1963,1974; Andolfi M., 1983].

Пол Вацлавик и др. (1967) определяют взаимодействующую систему, такую как семья или супружество, как *процесс*, в котором два или более людей определяют природу своих взаимоотношений. Хейли (1963) высказывается на эту тему даже более катего-

рично. По его мнению, люди, вовлеченные во взаимоотношения, всегда стоят перед теми же самыми проблемами:

а) Какие послания и типы поведения имеют место в этом взаимодействии?

б) Кто контролирует то, что будет происходить во взаимодействии, и принимает решение по тому или иному вопросу?

Члены семьи стоят перед необходимостью заключить множество явных и неявных соглашений, определить *правила* своего взаимодействия. Уровень правил является метауровнем по отношению к уровню коммуникаций.

Можно выделить *шесть основных аспектов, касающихся этого понятия:*

1) Основная задача этих правил — контролировать способы взаимодействия в семье. Они определяют, как люди должны вести себя в определенных ситуациях и обстоятельствах, что приемлемо, а что нет. Правила могут также говорить о том, какие последствия влечет за собой их выполнение или невыполнение.

2) Люди все время вовлечены в процесс определения правил своего взаимодействия. Например, молодые люди приходят на свидание. Правила, которые они вместе вырабатывают, говорят о том, что им можно делать вместе, а что нет. Может ли молодой человек обнять девушку или еще рановато, куда они могут пойти и что при этом будет происходить.

3) На каждой стадии жизненного цикла должно происходить серьезное изменение правил функционирования. Например, к подростку нужно обращаться совсем по-другому, чем к маленькому ребенку. Когда старые правила приходят в противоречие с изменившейся ситуацией, в семье происходит кризис.

4) Правила могут быть гласные и негласные. Гласные правила предъявляются открыто, их можно обсуждать, о них можно спорить и их можно менять. Например: "Детям твоего возраста после 9 вечера гулять не разрешается"; "Вся семья должна по выходным собираться за обеденным столом"; "Не включай громкую музыку" и т.д. Негласные правила также регулируют взаимоотношения, но открыто не рассматриваются и не обсуждаются. Если они упоминаются, то могут даже отрицаться наиболее приверженными к ним членами семьи. В некоторых семьях негласным правилом может являться участие во всех делах бабушки. Что бы ни происходило, бабушка должна быть в курсе событий. Есть семьи, в которых неприемлемы ссоры. От членов семьи ожидается, чтобы они всегда были в согласии. Противоречия и различия между членами семьи должны быть исключены. В других семьях, напротив, конфликт является единственно приемлемым способом взаимоотношений. Правило может быть выражено следующим образом: "Лучше спорить, чем быть холодным и безразличным; выражая свое недовольство, ты показываешь свое внимание" и т.д.

5) Правила в разных семьях разные. Когда молодые люди вступают в брак, перед ними обычно возникает задача совместить зачастую конфликтные правила взаимодействия, принятые в их родительских семьях.

6) Правила взаимодействия задают внешние и внутренние границы в семье. Члены семьи по-разному ведут себя друг с другом и с внешним окружением. Взаимодействие родителей между собой отличается от их взаимодействия с детьми. От детей обычно требуется, чтобы они выказывали то уважение родителям, которое не обязательно в их общении друг с другом и т.д.

Коммуникативные правила помогают семейной системе сохранять равновесие. В процессе развития происходит обучение детей этим правилам. Если правила не соблюдаются, у членов семьи возрастает тревога. Правила относятся к более высокому логическому типу, чем просто взаимодействия. В дисфункциональных семьях обычно существует запрет на открытую, вербализованную метакоммуникацию, существует много негласных правил.

По мнению Хейли (1963), конфликт в браке сфокусирован на:

1) несогласии в правилах совместной жизни,

2) несогласии в том, кто устанавливает эти правила, и
3) попытках провести в жизнь правила, несовместимые друг с другом.

Довольно часто, наблюдая взаимодействия членов семьи, можно с удивлением обнаружить несоответствие между незначительностью предмета обсуждения и яростью спора, накала страстей, с которым оно ведется. Например, супруги могут рассматривать варианты расстановки мебели в квартире, споря при этом до хрипоты и неявно решая для себя проблему, кто настоит на своем, кто примет окончательное решение. Пол Вацлавик (1967) называет это *аспектом взаимоотношений* в коммуникации, в противоположность *аспекту содержания* спора. Объясняя непродуктивность многих конфликтов, построенных по типу силовой борьбы, А.О. Лэнж и ван дер Харт (1983) пишут, что "многие люди никогда не проходят мимо путаницы между аспектами содержания и взаимоотношения и не достигают ничего, кроме ведения счета очков один против другого". Авторы указывают на другой вариант силовой борьбы, который они называют "*пунктуационной проблемой*". Суть ее заключается в указании на партнера как на источник конфликта. "Это произошло потому, что ты сделал то-то и то-то". — "Нет, это ты меня спровоцировала" и т.д.

Обычно в семье существует стереотипная последовательность трансакций, которая поддерживает проблему (*порочный круг*). Поэтому первоначальная точка отсчета не является важной. Выделение единственной причины, с которой все и началось, не помогает решить проблему. Признание кого-то виноватым во всем порождает обиженного и чревато последующим его возмущением. Или "козел отпущения", например, отец, которого считают чересчур строгим, отстраняется, а мать оказывается один на один с проблемным ребенком, с которым она не может справиться. (См. случай семьи А.)

> "Изменения происходят, когда люди перестают целиком концентрироваться на недостатках другого, а пытаются понять, как действует на партнера их собственное поведение"[Lange A. O.; van der Hart, 1983].

Взаимоотношения могут быть двух типов — с*имметричные* и *комплементарные* [Bateson, 1958, Haley, 1963]. Симметричные взаимоотношения означают, что поведение обеих сторон сходно. Если один дает совет, то другой делает то же самое; если один оскорбляет, то другой отвечает ему тем же; один не хочет принимать ответственность и другой также ее избегает. Обычно это приводит к эскалации силовой борьбы или прерыванию взаимодействий.

Комплементарные взаимодействия характеризуются противоположными ответами людей, которые дополняют друг друга. Например, один читает лекцию, другой слушает; один жизнерадостный, другой удрученный; один заботится, другой разрешает проявлять о нем заботу, один принимает решение, другой соглашается. В кризисных ситуациях пропорция дополнительности во взаимоотношениях принимает крайние формы. "Пациент" в семье становится все более и более больным, и "сиделка" ухаживает за ним все больше и больше.

Терапевт пытается внести больше сложности в отношения клиентов. Пары, которые показывают господство симметричного паттерна взаимодействия, учатся строить дополнительные взаимодействия, например, переводя взаимные обвинения в просьбы и попытки их исполнить. Обратный подход используется в случае преобладания дополнительных взаимодействий. Например, если кто-то всегда готов помочь другому члену семьи, это означает, что часто нужно, чтобы он или она также научились просить помощи для себя. Для членов семьи важно уметь использовать разные типы поведения в подходящий момент. Харпер (1977) описывает *параллельные* взаимодействия как чередование симметричного и дополнительного поведения адекватно ситуации.

2.2.2. Циркулярность семейных взаимодействий

Когда терапевт имеет дело с семьей, он встречается с очень большим потоком информации, который возрастает по экспоненте с увеличением числа присутствующих на сессии членов семьи. Чтобы не быть погребенным под ней, терапевт вынужден организо-

вывать этот поток информации, используя селективное внимание, модели структурирования данных и выдвигая гипотезы. При этом он может организовывать сырые данные двумя различными способами — объединяя их в линейные или циркулярные паттерны.

Линейность и циркулярность представляют собой контрастные подходы в установлении связи между событиями и являются отражением двух противоположных взглядов на мир — механистического и организмического (см. параграф 1.2).

Наиболее очевидное различие между ними состоит в структуре связей между элементами паттернов. Если линейные паттерны представляют собой последовательности типа AaBaC, то циркулярные формируют закрытые петли и являются возвратными: AaBaCaA и т.д. или AЯaB, BЯaC, CЯaA.

Менее очевидное, но крайне важное их отличие касается понятий *времени* и *значения*. Линейность неразрывно связана с идеей непрерывности времени, установления причинно-следственных отношений. Понятия силы и энергии обычно объясняют линейными гипотезами. Циркулярность же основана на взаимоотношениях элементов. Циркулярные объяснения основаны на том, что элементы значат друг для друга и как изменения в одном подразумевают изменения в другом. Когда идентифицируются циркулярные паттерны или выдвигаются циркулярные гипотезы, временные последовательности проецируются на область настоящего и имеют значение с точки зрения функционирования здесь и теперь. Хотя оба способа концептуализации являются полезными, циркулярные объяснения чаще используются для понимания психических событий [Bateson, 1979], тогда как линейные объяснения являются лучшими для понимания физических происшествий.

В клинической практике эти контрастные подходы определяют различие в том, как данные, касающиеся прошлых семейных событий, собираются и используются в интервью. Терапевт, отдающий предпочтение линейным паттернам, будет фокусироваться преимущественно на деталях временных последовательностей, тогда как терапевт, предпочитающий циркулярный подход, будет уделять больше внимания *настоящему значению этих прошлых событий*, особенно в отношении к смыслу других событий.

Линейные и циркулярные объяснения могут быть рассмотрены как гипотезы разного логического уровня (строго говоря, их не следует непосредственно сравнивать друг с другом). Циркулярные гипотезы принадлежат более высокому логическому уровню, они представляют собой более сложное объяснение и, следовательно, несут в себе больше "правды". Линейные последовательности (AaB, BaC, CaA) могут существовать внутри циркулярного паттерна (AaBaCaAaB и т.д), но не наоборот.

Например, линейное описание ситуации выглядит следующим образом: "Когда Коля обижает Катю, она плачет" или "Когда Катя плачет, мама утешает ее". Циркулярное описание той же ситуации выглядит следующим образом: "Когда Коля обижает Катю, она плачет и зовет маму, которая ее утешает, что, в свою очередь, злит Колю, и он через некоторое время снова обижает Катю, и т.д."

Циркулярные описания являются системными. Системно-ориентированные терапевты предпочитают их не только потому, что они является более сложным, но и потому, что они предлагают больше альтернатив для терапевтических действий. Терапевт, ограниченный линейной гипотезой, может попытаться в описанной ситуации остановить поведение Коли, тогда как системный семейный терапевт может выбирать, чье поведение (Коли, Кати или мамы) и каким образом ему стоит видоизменить, чтобы прервать их порочный круг. Он может также попытаться создать условия для видоизменения циркуляционного паттерна в целом, например, через парадоксальное предписание.

> "Понимание того, что целью терапии должно быть изменение последовательностей, которые происходят среди людей в организованных группах, революционизировало психотерапию. Когда последовательности меняются, индивиды в группе подвергаются изменениям... Ригидная повторяющаяся последовательность в узком диапазоне — вот что определяет патологию" [Haley, 1976].

При оценивании семейной системы терапевт уделяет особое внимание взаимоотношениям и циркулярным паттернам. Распознав линейную последовательность, он продолжает искать пропущенные связи, завершая циркулярную петлю. Например, в ходе интервью может казаться вполне очевидным, что существует линейный паттерн: жена приближается к мужу а муж отстраняется. В ходе опроса, сфокусированного на пропущенных соединениях, может выясниться, что в постели, когда муж приближается а жена отстраняется. Сопоставив данные, можно обнаружить симметрию и предложить различные объяснения, но в любом случае эти гипотезы будут более целостными, чем когда мы рассматриваем каждую последовательность отдельно.

Описанные в настоящем разделе циркулярные последовательности многократно отмечались в терапевтической практике автора. Одной из наиболее общих проблемных последовательностей является вовлечение трех поколений. Классическая ситуация создается матерью, бабушкой и проблемным ребенком. Наиболее отчетливо она проявляется в разведенных семьях, когда мать с ребенком живет вместе со своей матерью. В семьях такого типа бабушка часто бывает наделена исполнительской властью, пока мама и ребенок функционируют как неясно дифференцированная группа.

Типичной последовательностью является следующая:

1. Бабушка заботится о внуке, в то же время протестуя, что мать является безответственной и делает что-то неправильно по отношению к ребенку. Таким способом бабушка занимает сторону ребенка против матери в коалиции через поколение.
2. Мать отступает, позволяя бабушке нести ответственность за ребенка.
3. Ребенок плохо себя ведет или демонстрирует какие-либо проблемы.
4. Бабушка возмущается тем, что должна отвечать за поведение ребенка и дисциплинировать его. Она воспитала своих детей, и мать должна сама заботиться о своем ребенке.
5. Мать пытается исправить поведение ребенка.
6. Бабушка протестует, доказывая, что мать все делает неправильно и не знает, что надо делать с ребенком. Она берет заботу о ребенке в свои руки и спасает ребенка от матери.
7. Мать отступает, позволяя бабушке отвечать за ребенка.
8. Ребенок плохо себя ведет или демонстрирует какие-либо проблемы.

В определенный момент бабушка протестует и говорит, что мать должна сама отвечать за поведение ребенка, и цикл продолжается снова и снова. Эта циклическая ситуация включается каждый раз, когда надо решать, как помочь ребенку.

Коалиция через поколение создает запутанную иерархию в семье, и мать оказывается в ситуации парадокса: она должна заботиться о ребенке и взять руководство им в свои руки, при этом бабушка отстраняет ее, "передавая ей послание", что у нее это никогда не получится. Попадая в этот замкнутый круг, мать обречена возобновлять попытки и снова и снова терпеть неудачу. Можно строить разные гипотезы о том, почему это происходит. Но часто действия бабушки оказываются понятными и функциональными в ее взаимоотношениях с дочерью. Возможно, поступая так, бабушка помогает дочери оставаться ребенком и ощущать заботу своей матери. Процесс дифференцирования, по всей вероятности, воспринимался бы ими обеими как угроза их близости.

Рассматривая последовательности взаимодействий и используя в анализе три уровня иерархии, можно увидеть нечто похожее в ситуации общения матери, ребенка и эксперта, заменяющего бабушку. В длительной терапии, центрированной на ребенке, последовательность может выглядеть так:

1. Терапевт имеет дело с беспокойным ребенком, намекая, что мать не воспитывает ребенка как следует и потерпела неудачу в своей родительской роли. Следовательно, терапевт должен принять от нее эстафету и освободить ребенка от внутреннего конфликта. Так как терапевт является экспертом, то он выше по иерархии, чем мать, и, пытаясь спасти ребенка от матери, он формирует коалицию с ребенком через линии иерархии.

2. Мать отступает, позволяя эксперту взять ответственность за проблемы ее ребенка, чувствуя, что она не справилась со своей родительской ролью и такое вмешательство необходимо.
3. Терапевт попадает в трудное положение, понимая, что не может усыновить ребенка и что его усилия нивелируются семьей. Он требует, чтобы мать заботилась о своем ребенке как следует.
4. Мать начинает больше вовлекаться в руководство ребенком.
5. Терапевт протестует, давая понять, что она делает все неправильно.
6. Мать отступает, разрешая терапевту заботиться о проблеме своего ребенка, и т.д.

В некоторых семьях, особенно в тех, где несколько детей и только один родитель, существует третье поколение, которое не является явным "поколением". Между матерью и детьми находится старший ребенок, который функционирует как родитель для младших детей. Он (она) не принадлежит к взрослому поколению, являясь ребенком, и в то же время функционирует как взрослый, заботясь о младших детях. Позиция этого "*ребенка-родителя*" часто трудна, потому что он, неся ответственность за младших детей, часто не обладает властью. Он оказывается пойманным в "ловушку" — между плохим поведением детей и матерью, которая не делегирует ему полную власть. Мать часто принимает сторону детей против ребенка-родителя. Когда возникает проблема, она настаивает, чтобы "ребенок-родитель" был в ответе, в то же время не предоставляя ему для этого достаточно автономии. Так формируется последовательность, похожая на уже описанные нами, но с другими действующими лицами. Для терапевта признаками того, что в семье существует подобная ситуация, является высказывания одного ребенка от имени своих братьев и сестер, покровительство им и то, что ребенок-родитель часто имеет дело с серьезными проблемами детей, не сообщая о них матери.

Наиболее типичная проблема в двух поколениях возникает тогда, когда один из родителей принимает сторону ребенка против другого родителя, нарушая тем самым границу поколений. "Ребенку" может быть и 2 года, и 40 лет, так как проблема не в возрасте, а в организации. Депрессивная женщина с несколькими детьми может по-прежнему функционировать как ребенок во взаимоотношениях со своими родителями. Тот же цикл взаимодействий может иметь место, когда родители расстались, но у кого-то из них или у ребенка сохраняются надежды на воссоединение. Типичная последовательность выглядит так:

1. Один из родителей (обычно мать) находится в интенсивных взаимодействиях с ребенком, часто испытывая амбивалентную смесь чувств привязанности и раздражения.
2. Симптоматическое поведение ребенка обостряется.
3. Мать или ребенок призывают отца помочь в разрешении их трудностей.
4. Отец пытается решить проблему и как-то взаимодействует с ребенком.
5. Мать возмущается, считая, что отец поступает не так, как надо. Она может даже прибегнуть к крайним мерам, угрожая развестись с ним.
6. Отец отступает, оставляя попытки ослабить тесную связь между матерью и ребенком.
7. Мать и ребенок взаимодействуют со смесью привязанности и раздражения до тех пор, пока снова не окажутся в тупике и т.д.
   Данная последовательность становится особенно очевидной, если дисциплинировать ребенка пытается приемный отец. Эту ситуацию можно также описать как запутанную диаду родитель — ребенок, которая последовательно то включает, то выключает другого взрослого (см. также раздел 2.1.5 о маневрирующей системе).

Опишем еще одну типичную последовательность взаимодействий, возникающую в ригидно-комплементарном браке. Допустим, например, что один из супругов все время заботится о другом, играя роль сильной личности в семье и не позволяя партнеру брать на себя ответственность и, в свою очередь, проявлять заботу. Тогда, если "ответственный" супруг заболевает, его партнер может почувствовать себя совсем плохо, побуждая "сильного" отвлечься от своей болезни и продолжать нести за него ответственность,

тем самым помогая ему не выходить из привычной роли. Например, вышедший в отставку муж может погрузиться в депрессивное состояние и не находить себе места до тех пор, пока не заболеет жена и он не сможет заняться ее лечением. Улучшение самочувствия жены усиливает его чувство нереализованности, а ухудшение стимулирует к активным действиям. Последовательность таким образом замыкается, образуя порочный круг.

Нечто подобное происходит в диаде родитель-ребенок. Допустим, мать погружена в тяжелые переживания, связанные с потерей своих престарелых родителей. У ребенка вскоре возникают проблемы, требующие ее вмешательства. Когда улучшается ситуация с ребенком, мать снова возвращается к своему горю и т.д.

Описанные циклы, конечно, упрощают изумительную сложность жизни семей. В одной и той же семье можно одновременно обнаружить несколько разных типов последовательностей взаимодействия, встретить разные типы конфликтов. Однако представление семейных процессов в виде циркулярных последовательностей позволяет терапевту подходить к этой информации более эффективно, фокусируясь на проблемных циклах взаимодействий.

Сохранение гомеостаза в семейных системах, несомненно, является циркулярным процессом. Если проблема становится хронической, она, как правило, обслуживает гомеостатическую функцию в системе. Терапевт пытается выдвинуть системную гипотезу семейного функционирования, которая является циркулярной, описывает самоподдерживающийся процесс и включает в себя проблемное поведение. Эта циркулярная гипотеза помогает терапевту выработать план собственных действий.

2.3. ПРОБЛЕМЫ ЖИЗНЕННОГО ЦИКЛА СЕМЬИ

Проблемы супругов, недавно вступивших в брак, в целом отличаются от проблем пар, женатых 20 лет. Родители маленьких детей не сталкиваются с теми трудностями, что родители подростков. Признание этих различий ведет к понятию *"жизненного цикла семьи"* [Minuchin, 1974; Carter and McColdrick, 1980; Duhl, 1981; Duvall, 1977; Neighbour, 1985; Хейли, 1995; Васильева, 1975] или "развивающиеся стадии семьи" [Rubinstein, 1971; Solomon, 1973]. Разные авторы предлагают несколько отличающиеся классификации стадий жизненного цикла семьи, но важность такой периодизации признается всеми исследователями. В данном параграфе приводится классификация, основанная на суммировании и модификации двух описанных в литературе вариантов периодизации жизни семьи [Lange, van der Hart, 1983; Хейли, 1995]. Для каждой стадии жизненного цикла перечислены типичные проблемы развития, часто встречающиеся в практике психологической помощи семьям.

Жизненный цикл семьи может быть разделен следующим образом:

1. Период ухаживания.
2. Фаза проживания супругов без детей. (От начала проживания вместе или в браке до рождения первого ребенка).
3. Экспансия. (От рождения первого ребенка до рождения последнего. Семья с маленькими детьми).
4. Стабилизация. Фаза зрелого брака. (Период воспитания детей, продолжающийся до того момента, когда первый ребенок покидает дом).
5. Фаза, в которой дети постепенно покидают дом.
6. "Пустое гнездо". (Супруги снова остаются одни после отъезда всех детей.)
7. Фаза, в которой кто-то из партнеров остается один после смерти другого.

Однако очень многие семьи не подходят ни под одну из схем. Например, семьи с детьми, сильно отличающимися по возрасту, много раз вступавшие в брак и имеющие детей от предыдущих браков, семьи с одним из родителей, или семьи, проживающие совместно с родителями одного из супругов, и т.д. Тем не менее, такая периодизация является полезной, так как обеспечивает некоторый образец для сравнения и анализа отклонений. Кроме того, каковы бы ни были структуры семей, каждая семья имеет специфиче-

ские задачи, выполнение которых соответсвует определенной стадии жизненного цикла.

Между стадиями существуют переходные периоды, когда перед членами семьи возникают новые задачи, требующие существенной перестройки их взаимоотношений. Чтобы перейти на новую ступень развития, семье необходимо совершить изменения в своей структурной организации, адаптировать к текущей ситуации основные правила семейного функционирования и выработать новый образ самих себя. Периоды стабилизации в точке перехода сменяются кризисными периодами. Неуспешный переход может повлечь нестабильность в следующей фазе семейной жизни. Некоторые переходы для семьи сделать легче, в то время как другие вызывают проблемы. Например, для одних супругов приспособление к фазе рождения детей может быть достаточно болезненным, в то время как другая молодая пара будет очень счастлива с появлением детей и сможет хорошо управлять их интегрированием в семью, но позднее будет испытывать трудности в "разрешении уйти".

Обычно именно в переходный период семья ищет помощи у специалистов, так как не видит возможности приспособления к новой ситуации или даже не принимает ее. Иногда задача осложняется шлейфом неудачно решенных проблем на предыдущих стадиях. Симптоматическое поведение членов семьи зачастую отражает трудностии перехода и способствует стабилизации семейной системы, находящейся под угрозой назревших изменений.

Перечислим коротко типичные задачи и проблемы на разных стадиях жизненного цикла семьи.

1) Период ухаживания

Семейное и индивидуальное развитие, конечно, не являются разделенными процессами, и в тот момент, когда молодой человек вступает в этап поиска партнера по браку, его родительская семья переживает этап ослабления эмоциональных связей с ним.

Чтобы успешно пройти эту фазу, молодые люди должны разрешить следующие проблемы: формирование идентичности; достижение эмоциональной и финансовой независимости от родителей; занятие адекватного возрасту статуса; развитие навыков ухаживания и привлечения партнера.

Специфика российских семей состоит в большей зависимости от родителей. Для этой стадии довольно обычным (в отличие от семей на Западе) является проживание молодого человека совместно с родителями. Отсутствие опыта отдельного самостоятельного проживания препятствует формированию собственных взглядов на жизнь. Партнер по браку часто приходит в дом родителей супруга в детской роли. Называние тещи или свекрови словом "мама", а тестя/свекра — "папа" является одним из маркеров подобной ситуации.

Для многих молодых людей помощь профессионального психотерапевта в это время представляет собой *церемонию инициации*, в ходе которой устанавливаются отношения с посторонним человеком, желающим помочь им достичь независимости и зрелости.

Для некоторых этот период чрезмерно затягивается. Молодые люди могут избегать вступления в брак по причинам, которые кроются внутри их родительской семьи. Но точно так же, пытаясь освободиться от сковывающих отношений с родителями, они могут стремиться и к преждевременному браку. В параграфе 2.4 мы обсудим ряд моментов, оказывающих влияние на выбор партнера по браку. Большинство поводов для обращения в психологическую консультацию в этот период, по нашему опыту, связан с трудностями устанавления близких взаимоотношений с партнером и/или невозможностью заключить брак с любимым человеком (см. случай Б в главе 4).

2) Фаза жизни молодых супругов без детей

Довольно большой процент обращений к психологу на этой стадии связан с ощущением супругов, что, заключив брак, они оказались в ловушке. Если целью брака является

уход из родительской семьи, то, вступив в брак, молодые люди нередко обнаруживают, что раз они уже поженились, то цель брака достигнута и основания для него исчезли.

Существует довольно много причин для того, чтобы выйти замуж без особой любви (назло обидевшему возлюбленному; из-за низкой самооценки ("кроме него я никому не нужна"); как реализация программы, например, "выйти замуж до 20 лет"; из соображений престижа и т.д.). Иногда супруги испытывают вину перед родителями за "слишком поспешный" брак (особенно перед родителем противоположного пола).

Супруги, только что заключившие брак, оказываются перед множеством проблем. Им необходимо установить оптимальный для себя баланс *близости/отдаленности,* решить проблему семейной *иерархии* и сфер ответственности. Вообще, в этот период им необходимо очень многое обсудить и установить множество соглашений по самым разным вопросам (от ценностей до привычек). Могут возникнуть и сексуальные проблемы — как следствие неопытности, разницы в воспитании, уровне желаний и т.д.

Супруги могут вдруг осознать, что они очень разные, и испугаться *различий*. И впервые задуматься: "Если мы такие разные, то что мы делаем вместе?" Они могут бояться потерять близость, понимаемую как одинаковость, и начать бороться со взаимной непохожестью разными средствами. Во-первых, постараются просто не замечать различий. Очень часто в самый ранний период молодожены избегают противоречий и критики, потому что хотят сохранить доброжелательную атмосферу в семье и не ранить чувства другого. По прошествии некоторого времени эти скрытые противоречия растут, и супруги обнаруживают, что все время находятся на грани ссоры и почему-то легко и сильно раздражаются, реагируя друг на друга.

Другим способом преодоления разногласий является силовая борьба. Супруги могут открыто пытаться подчинить себе партнера или манипулировать им с помощью слабости и болезни.

Еще одной важной проблемой в этот период является *установление границ семьи*. Она включает в себя решение вопросов о том, кто из знакомых мужа или жены будет допущен в семью и как часто; насколько разрешено пребывание супругов вне семьи без партнера; насколько допустимо вмешательство со стороны родителей супругов.

Молодая пара должна установить территорию, относительно независимую от родительского влияния, а родителям, в свою очередь, необходимо изменить способы взаимодействия с детьми после того, как те создали свою собственную семью.

В случае конфликта с родительскими семьями у супругов может развиться симптоматическое поведение. Например, у жены, муж которой не может предотвратить вмешательство своей матери в дела молодой семьи, могут появиться симптомы как способ приспособления к данной ситуации. Некоторые пары пытаются защитить свою независимость, полностью отрезая себя от взаимодействия с родителями. Обычно такие попытки не заканчиваются успехом, а только способствуют разрушению брака, поскольку "искусство жить в браке предполагает достижение независимости в сочетании с сохранением эмоциональных связей с родственниками" [Хейли, 1995].

Одной из важнейших задач данной стадии жизненного цикла является урегулирование проблем, касающихся беременности и желания стать родителями. Работая над трудностями взаимоотношений молодых супругов, терапевт часто обнаруживает, что скрытой пружиной, создающей напряжение между ними, является нерешенный вопрос о заведении ребенка.

3) Рождение детей и взаимодействие с ними

Супружеская пара может быть не готова к появлению детей, и рождение нежеланного ребенка значительно усиливает проблемы его воспитания. Кроме того, люди, считавшие свой брак пробной попыткой, обнаруживают, что теперь расстаться им будет гораздо труднее.

Некоторые молодые матери рассматривают рождение ребенка как способ восполнения дефицита любви к самой себе. Во время беременности такая мать может быть счастли-

ва фантазией о приобретении существа, которое будет ее любить, и крах мечты наступает после родов в связи с необходимостью много “отдавать” самой. Послеродовая депрессия иногда рассматривается как реакция на окончательную утрату своего собственного детства.

Перед супругами возникает необходимость снова перестраивать взаимоотношения (проблемы иерархии, близости и т.д.), которые только что стабилизировались на предыдущей стадии. Игра, в которую играла молодая пара до рождения ребенка, была игрой для двоих. Они научились взаимодействовать друг с другом и нашли решение многих проблем. Появление третьего “игрока” может привести к следующим трудностям. Может возникнуть ревность нового типа, если один из супругов почувствует, что другой больше привязан к ребенку, чем к нему. Пара попытается теперь решать проблемы через ребенка. Он может использоваться в качестве козла отпущения, партнера в коалиции одного супруга против другого, примирителя в конфликтах, а иногда — единственного оправдания брака. Роль ребенка как средства коммуникации между супругами иногда бывает настолько велика, что когда он вырастает и пытается покинуть дом, возникает серьезный кризис, поскольку супружеская пара оказывается перед необходимостью взаимодействовать друг с другом непосредственно, без участия ребенка. Вновь актуальными становятся проблемы, не решенные еще до его рождения.

Рождение ребенка представляет собой *факт объединения двух семей.* Это событие создает бабушек и дедушек, дядей и тетей с обеих сторон. Меняется процедура нанесения визитов. Семьи могут ссориться из-за того, как назвать ребенка, как его учить и воспитывать. Брак, который в распространенной семье рассматривался как временный, с рождением ребенка часто признается свершившимся фактом и принимается. Важно отметить также, что каждый новый ребенок изменяет общую ситуацию в семье.

Родители должны научиться справляться с множеством проблем, связанных с ребенком, и делать это самостоятельно, так как в этот период молодые родители обычно не желают использовать те методы воспитания, которые когда-то применялись к ним самим.

Довольно важной проблемой этого периода является проблема *дефицита самореализации* у матери, деятельность которой ограничена лишь семьей. У нее могут возникнуть чувства неудовлетворенности и зависти по отношению к активной жизни мужа. Брак может начать разрушаться по мере того, как у жены будут возрастать требования относительно помощи по уходу за ребенком, а у мужа будет возникать чувство, что жена и ребенок мешают его работе. Иногда возникает сверхвовлеченность матери в проблемы ребенка как способ компенсации недостаточно насыщенной жизни. *Время поступления ребенка в школу* может сопровождаться наступлением кризиса в семье. Несогласие между родителями в том, как воспитывать ребенка, становится более явным, так как продукт их воспитательной деятельности оказывается объектом всеобщего обозрения. Родители впервые переживают тот факт, что ребенок когда-нибудь вырастет и покинет дом, а они останутся наедине друг с другом. Кроме того, перед матерью может встать проблема возвращения на работу, так как ребенок уже не требует столько внимания, как раньше. К этому времени женщина может в значительной мере дисквалифицироваться, и подобная перспектива ее может пугать. Возможно и противоположная ситуация, когда возвращения жены на работу не хочет муж, опасающийся потерять над ней контроль. Одной из распространенных проблем этого периода является *школьная фобия* у ребенка. Даже если нет проблем в самой школе, она возникает вследствие *тревоги расставания,* особенно когда мать депрессивна и редко покидает дом. Способы коммуникации в семье к тому времени становятся стереотипными, и определенные их структуры не приспособлены к ситуации пребывания ребенка вне семьи (см. раздел 3.1).

Типичный проблемный треугольник со сверхвовлеченной матерью и отцом на периферии взаимоотношений анализируется в разделах 2.1.3, 2.1.4 и 2.2.2. Иногда подобные треугольники продолжают существовать, даже когда родители формально разведены (см. гл. 4, семья В). Предъявляя ребенка как проблему, мама борется с “наследством” отца. Она жалуется на те черты ребенка, которые она не принимала в отце. Например, необязательность, слабохарактерность, грубость, лживость и т.д. Сражаясь с ними, она

подкрепляет и фиксирует у ребенка это поведение. В этом случае целью психотерапевта может быть помощь семье в "завершении незаконченных дел" с бывшим супругом.

В *неполных* семьях распространена *борьба через поколение*. Например, очень типично желание бабушки объединиться с ребенком против матери. Если мать молодая, бабушка часто относится к ней и внуку так, как если бы они оба были ее детьми одного возраста.

Если мама работает, а бабушка на пенсии, ролевая структура семьи видоизменяется следующим образом: мама играет мужскую роль "кормильца" семьи, бабушка — роль домохозяйки, воспитывающей их общего ребенка. Эта ситуация делает проблему иерархии в семье крайне запутанной, так как бабушка обычно претендует на главенствующее положение по отношению к своей дочери. Такая борьба через поколение может стать особенно явной и очевидной, когда ребенок окажется вовлеченным во внесемейные структуры, предъявляющие к нему требования достижений.

4) Фаза стабилизации. Трудности на зрелой стадии брака

Обычно эта фаза развития семьи соответствует кризису середины жизни супругов. В этот период люди, как правило, лучше осознают уровень своих возможностей, достижений и больше, чем раньше, задумываются о конечности жизни. Типичным стрессом, характерным для данной стадии жизненного цикла, является необходимость ухода за престарелыми родителями супругов и переживание их смерти.

Другим распространенным напряжением этого периода является приспособление к возрастным изменениям в самих супругах. Когда мужчина достигает среднего возраста и приобретает высокий социальный статус, он становится более привлекательным для молодых женщин, в то время как его жена, для которой физическая привлекательность гораздо более важна, чувствует, что стала менее интересной для мужчин.

Середина жизни вообще характеризуется сочетанием больших возможностей с серьезными ограничениями. Накоплен значительный опыт и знания, но уже не так легко, как в юности, изменить свою судьбу. Девяностые годы двадцатого века в России особенно остро поставили проблему приспособляемости именно для семей, находящихся на данной стадии жизненного цикла. Если молодым людям гораздо легче адаптироваться к меняющимся экономическим условиям, а от пожилых этого никто особенно не ожидает, то для людей среднего возраста необходимость смены профессии и лишение достигнутого статуса может представлять серьезную проблему. Потеря работы и многолетнее депрессивное настроение мужа в сочетании с финансовыми успехами жены и взаимным отчуждением супругов — одна из типичных ситуаций, с которой сталкиваются российские семейные терапевты в последнее десятилетие.

Часто способы решения или избегания проблем, наработанные семьей к этой стадии, становятся неадекватными. Иногда это приводит к интенсификации проблемного поведения — такого, например, как пьянство или жестокость по отношению к супругу, — и постепенно достигает нетерпимого уровня. Дети все реже бывают дома, что заставляет родителей осознать, что рано или поздно они останутся наедине друг с другом и, если им хочется быть менее несчастными, то расстаться надо прямо сейчас, не дожидаясь, когда дети совсем вырастут.

Разрешить проблему, возникающую на зрелых стадиях супружества, гораздо труднее, чем в ранние годы брака, когда молодая пара еще нестабильна и находится в процессе создания новых стереотипов взаимодействия.

Подростковый кризис с точки зрения семейной системы можно рассматривать как внутрисемейную борьбу за поддержание прежнего иерархического порядка. Например, мать вырабатывает определенные способы общения с дочерью как с ребенком и одновременно имеет паттерны общения с женщинами как с соперницами. Когда же дочь подрастает и может представлять собой женщину-соперницу, устойчивые отношения матери с дочерью нарушаются. Отец ощущает себя между женой и взрослой дочерью, как в ловушке. Подобный же конфликт возникает тогда, когда мальчик превращается в моло-

дого мужчину, и отец должен взаимодействовать с ним и как со своим сыном, и как с равным ему взрослым.

5) Фаза, в которой выросшие дети покидают дом

Наиболее интенсивные кризисы семья переживает тогда, когда кто-то вступает в семью или покидает ее. В западной культуре отсутствует *четкая демаркационная линия,* определяющая, что подросток превратился во взрослого человека. Получение паспорта, школьный выпускной вечер и т.д. не являются церемониями инициации, дающими ребенку новый статус и требующими от родителей нового отношения к нему. И даже брак в тех случаях, когда родители продолжают поддерживать молодую семью, не является церемонией, завершающей отделение детей от родителей.

В некоторых семьях конфликт достигает максимальной остроты, когда самый старший ребенок покидает дом, в других обстановка ухудшается по мере того, как уходят все более младшие дети, и кризис становится особенно острым, когда самый младший должен покинуть семью. Во многих случаях родители, успешно отпуская большинство своих детьми, вдруг остро ощущают напряжение, когда критического возраста достигает определенный ребенок. В таких случаях оказывается, что именно этот ребенок играл в семье особенно важную роль. Возможно, именно с помощью этого ребенка родители общались друг с другом, либо забота о нем и любовь к нему сплачивали их.

Родители вдруг обнаруживают, что им не о чем говорить друг с другом. Или вдруг обостряются старые разногласия и проблемы, решение которых было отложено из-за рождения детей. В этот период возрастает число разводов. В семьях, где есть только один родитель, он может ощутить уход ребенка как начало одинокой старости.

Юношеская шизофрения и другие тяжелые нарушения психики могут использоваться как способы разрешения семейной проблемы на этой стадии жизни, когда семья дезорганизована. Если ребенок и родители не могут больше выносить изоляцию друг от друга, с ребенком может происходить что-то плохое. Становясь социально неприспособленным благодаря болезни, ребенок остается в кругу семьи. Родители продолжают использовать ребенка как источник несогласия или, наоборот, совместной заботы, и необходимость взаимодействовать друг с другом непосредственно отпадает [Хейли, 1995].

Индивидуальная психотерапия ребенка, госпитализация в психиатрической клинике стабилизирует семейную ситуацию, навешивает на него ярлык "психически больного". Родители теперь не должны решать свой конфликт и переходить на следующую стадию жизненного цикла.

Улучшение дел у ребенка может снова дестабилизировать семью. В этом случае родители часто прекращают индивидуальную терапию или из-за рецидива снова помещают ребенка в психиатрическую больницу, что делает его "хроническим больным".

Когда эмоциональная интенсивность в системе очень велика и тяга к слиянию слишком сильна, члены семьи часто стараются совершенно разорвать отношения. Разрыв взаимоотношений посредством эмоциональной или физической дистанции не заканчивает эмоционального процесса; наоборот, даже усиливает его. Если кто-то разрывает отношения с собственными родителями или сиблингами, эмоциональные переживания и тягость таких отношений становятся совсем невыносимыми, подталкивая человека к новым отношениям с собственным супругом или детьми, которые становятся местом поиска срочного решения. Под таким давлением новые отношения становятся все более проблематичными и в итоге приходят к очередному дистанцированию и разрыву. Молодой человек проиграет в случае, если примет крайнее решение — или останется с родителями, или навсегда покинет семью. *Он должен отделить себя от своей семьи, но в то же время сохранить с ней связи*. Большинство семей оказываются способными поддерживать подобное равновесие, и современный семейный терапевт стремится именно к этой цели, помогая провести церемонию инициации и перестроить семейную структуру таким образом, чтобы ребенок присоединился к миру взрослых, а родители научились относиться к себе и друг другу иначе.

Жизненный цикл представляет собой непрерывный процесс, в котором проблемы решаются по мере их возникновения. Предыдущие поколения связаны с последующими многочисленными связями. Если молодые люди прерывают контакты со своими родителями, они лишают своего ребенка бабушек и дедушек и затрудняют своим родителям переход на более поздние стадии жизненного цикла.

6,7) Последние стадии жизненного цикла

Уход на пенсию может сделать проблему пребывания наедине друг с другом еще более острой. Кроме того, недостаток самореализации может привести к возникновению симптомов. Часто симптомы одного из супругов помогают другому приспособиться к жизни на пенсии. Например, уйдя с работы, муж может почувствовать, что если раньше он жил активной жизнью, помогал другим, то теперь он положен на полку, как ненужный предмет. Когда его жена заболевает, у него вновь появляется полезная функция. Он должен теперь помочь ей выздороветь, водя по врачам. Болезнь жены защищает его от депрессии, в которую он впадает, когда ей становится лучше. Если у жены случается рецидив, он снова оживает и может предпринять активные действия.

Когда один из супругов умирает, другой остается в одиночестве и вынужден искать новые связи со своей семьей. А. О. Лэнж и Ван дер Харт (1983) приводят пример паранойи одинокой старой женщины, переехавшей в другой город, как реакцию на ощущение собственной незащищенности (как "улитка без раковины"). Часто в это время возникает также проблема ухода за старым человеком.

Для каждой фазы жизненного цикла семьи существуют примерные возрастные рамки, свойственные каждой культуре. В случае сильных отличий возраста членов семьи от нормативно ожидаемого терапевт может прогнозировать возможные трудности перехода. Например, факт заключения первого брака в сорокалетнем возрасте, вскоре после смерти родителей, может указывать на проблемы, связанные с покиданием отчего дома и установлением близких взаимоотношений с противоположным полом. Анализируя проблемы жизненного цикла семьи, терапевту важно отмечать поздние или очень ранние браки; ранний или очень поздний возраст заведения детей; большую возрастную разницу между супругами; длительные или очень короткие промежутки между знакомством и браком или между браками. Например, очень короткий промежуток между браками может свидетельствовать о возможных "незаконченных делах" с бывшим партнером и важном эмоциональном "наследстве" предыдущего супружества. Кроме того, в этом случае детям намного труднее адаптироваться к изменениям в структуре семьи.

Социальные перемены влекут за собой изменения в нормативно ожидаемом возрасте переходных периодов. Так, недавно существовавшие нормы для возраста заключения брака меняются. Пары теперь сочетаются браком позднее, часто к 25 годам и позже. По западной статистике, супруги, которые вступают в брак до 20 и после 30 лет, имеют больший риск разводов [Booth & Edwards, 1985].

2.4. СЕМЕЙНАЯ ИСТОРИЯ

Кроме типичных проблем и задач жизненного цикла, мимо которых не проходит ни одна семья, анализ развития семейной системы необходимо дополнить уникальным историческим контекстом, характерным для каждой конкретной семьи.

Системный подход предполагает, что люди организуют свое поведение внутри семейных систем в соответствии с поколением, возрастом, полом, структурными и коммуникативными параметрами системы. "Если вы приспосабливаетесь к семейной структуре, то она будет оказывать влияние на ваше функционирование, паттерны взаимоотношений и тип семьи, который вы создадите в следующем поколении" [McGoldric, Gerson, 1985]. Семьи повторяют сами себя. То, что происходит в одном поколении, часто повторяется в следующем, и те же темы будут проигрываться из поколение в поколение, хотя акту-

альное поведение может иметь различные формы. Мюррэй Боуэн называл это многопоколенными переходами семейных паттернов [Bowen, 1978]. Основная гипотеза сводится к тому, что паттерны взаимоотношений предыдущих поколений могут обеспечить неявные модели для семейного функционирования в следующих поколениях.

В системном подходе можно объединить одновременно текущий и исторический контекст семьи. Картер (1978) пишет, что "течение тревоги" в семейной системе происходит как вдоль вертикального, так и вдоль горизонтального направлений. "*Вертикальный*" поток тревоги берет начало от паттернов функционирования и взаимоотношений, которые исторически переходят вниз по поколениям, главным образом через процесс эмоционального триангулирования. "*Горизонтальный*" же поток происходит из текущих стрессов семьи, попыток справиться с неизбежными изменениями и задачами данной стадии жизненного цикла семьи.

Стрессоры на вертикальной оси часто создают добавочные проблемы, так что даже маленький горизонтальный стресс может оказывать серьезное влияние на систему. Например, если у молодой матери существует много нерешенных проблем со своей матерью и/или отцом (вертикальная тревога), для нее наступает особенно тяжелое время, когда она встречается с обычными трудностями воспитания (горизонтальная тревога).

Учитывая историческую перспективу, важно занимать системную позицию относительно "совпадения" событий. События, одновременно происходящие в разных частях семьи, не рассматриваются просто как диапазон случайностей, а видятся скорее как взаимосвязанные системным способом. Отметим также, что важные события, вероятнее всего, случаются в определенное время, чем в другое. Особенно это касается того, что происходит в переходные периоды между стадиями жизненного цикла в семейной истории. Симптомы группируются вокруг таких переходов, когда члены семьи лицом к лицу встречаются с задачей реорганизации своих взаимоотношений друг с другом при переходе на новую фазу (см. параграф 2.3). Симптоматическая семья "застревает" во времени и часто оказывается не в состоянии выйти из тупика путем изменения правил своего функционирования, переструктурирования и движения. Изучение семейной истории может дать важные ключи к пониманию природы таких тупиков и прояснить, как симптомы могут появляться, консервируя некоторые стереотипы взаимоотношений или защищая определенное "наследство" предыдущих поколений.

Иллюстрируя системный подход к анализу семейной истории, мы используем специальную форму записи информации — *генограмму*, разработанную для этих целей Мюррэем Боуэном. (Система используемых символов представлена в приложении 1; применение этого диагностико-терапевтического инструмента описано в разделах 3.1, 3.2.) Генограмма помогает терапевту проследить "течение тревоги" через поколения и пересечение ее с текущим семейным контекстом.

Далее в этом разделе мы постараемся коротко суммировать категории, на которые терапевт опирается в системной интерпретации семейной истории.

1) Порядок рождения, пол и разница в возрасте между детьми в семье

Исследования, проведенные Уолтером Тоуменом [Toman, 1976], показывают, что модели поведения людей во многом определяются тем, были ли они старшими, средними, младшими или единственными детьми в семье. Он изучал тысячи нормальных семей и неизменно обнаруживал, что люди, занимающие одинаковые позиции в семье по порядку рождения, имеют весьма близкие характеристики. Дискуссия на эту тему имеет давнюю историю и, хотя некоторые авторы спорят с ним по отдельным вопросам [Adler, 1958; Bank & Kahn, 1982; Ernst & Angst, 1983; Forer, 1976; Sutton-Smits & Rosenberg, 1970], точка зрения Тоумена является на сегодняшний день наиболее популярной [McGoldric, Gerson, 1985; Ричардсон, 1994].

Существует ограниченное число возможных ролевых позиций в семье в зависимости от количества детей, их пола и промежутка между их рождением. И, хотя в настоящее время модели поведения, связанные с порядком рождения, претерпевают изменения

вследствие социальных перемен, контроля над рождаемостью, женских движений, большого числа семей, повторно вступающих в брак, можно говорить о некоторых устойчивых различиях между ролевыми позициями детей. Стереотипы сиблинговых позиций не означают, что каждый должен быть именно таким. Однако они указывают, что люди, родившиеся в семье в той или иной последовательности, чаще всего бывают именно такими. Анализ исключений из правил дает дополнительную и очень ценную информацию о семье. Опишем коротко эти характеристики и их влияние на модели супружеских взаимоотношений.

Старшему ребенку в семье обычно больше других детей свойственны ответственность, добросовестность, стремление к достижениям, честолюбие. Он склонен брать на себя часть родительских функций, заботясь о младших братьях и сестрах, особенно в случае болезни или потери родителей. Он может чувствовать себя ответственным за семейное благосостояние, продолжение семейных традиций, часто становится лидером. Рождение следующего ребенка приводит к лишению его исключительной позиции в обладании любовью матери и часто сопровождается ревностью к сопернику. Старшие дети, особенно мальчики, чаще других наследуют профессии отца и деда, и с ними семья в большей степени связывает успехи в карьере. Акцент на высокие достижения делает старшего ребенка более серьезным, стремящимся к совершенству и менее склонным к играм, чем другие. Поэтому довольно распространенной психологической проблемой старших детей является тревога не оправдать ожидания родителей и других авторитетных фигур. Им трудно расслабиться и получать удовольствие от жизни.

Младшему ребенку больше свойственны беззаботность, оптимизм и готовность принимать чужое покровительство. Для членов своей семьи он может так навсегда и остаться малышом. К его достижениям родители, как правило, относятся менее требовательно. И если старшие дети в семье не умирают или серьезно не заболевают, он меньше посвящает себя продолжению дела семьи. "Положение младшего брата всегда чревато опасностью быть избалованным и остаться семейным ребенком... Он может стать артистом, или, как результат сверхкомпенсации, развить огромные амбиции и бороться за то, чтобы быть спасителем всей семьи" [Adler, 1970].

У младшего ребенка могут возникать проблемы с самодисциплиной и трудности в принятии решений, поскольку рядом всегда был кто-то старший и мудрый, чтобы позаботиться о его делах. Поскольку такой ребенок привык быть в семье самым маленьким, он знает, что силой в близких отношениях ничего не добьешься, и часто вырабатывает манипулятивные пути достижения желаемого, демонстративно обижаясь или пытаясь очаровать. Если в семье его чрезмерно опекали, то он может оказаться бунтарем и, выбирая партнером по браку старшего ребенка, бороться впоследствии против его контроля. Младший ребенок, с которым хорошо обращались в детстве, обычно легок в обращении и популярен среди друзей.

Если вспомнить традиции средневековья, то земельный надел и замок доставался старшему сыну, а младшие уходили искать счастья в крестовые походы. Неслучайно также, что библейский блудный сын был младшим в семье. Из известных людей можно упомянуть, например, Уинстона Черчилля, Бориса Ельцина, Раису Горбачеву, у которых ярко выражены характеристики старших детей. В свою очередь, младшими детьми были Грегори Бейтсон, Элизабет Тейлор и Бернард Шоу, чье бунтующее поведение и остроумное высмеивание благовоспитанности и общественного порядка прекрасно соотносятся со стереотипом поведения младшего ребенка в семье.

Средний ребенок может демонстрировать характеристики как младшего, так и старшего или их комбинации. Однако часто средний ребенок, если только он не является единственной девочкой или единственным мальчиком в семье, вынужден бороться за то, чтобы быть замеченным и получить свою роль в семейной системе. Такие дети бывают лишены авторитета старших детей и спонтанности младших. Альфред Адлер, автор теории о комплексе неполноценности, сам будучи вторым сыном, писал: "Второй ребенок в семье находится под постоянным давлением с обеих сторон — борясь за то, чтобы опередить своего старшего брата, и боясь, что его догонит младший..." [Adler, 1970].

Если семья многодетная, то характеристики средних детей во многом зависят от того, в группе каких детей они родились: среди младших или среди старших и какова разница в возрасте между ними. Промежуточная позиция средних детей стимулирует развитие у них социальных навыков. Они часто умеют вести переговоры и ладить с различными людьми, поскольку были вынуждены научиться жить в мире со своими старшими и младшими братьями и сестрами, наделенными разными характерами.

Единственный ребенок оказывается одновременно самым старшим и самым младшим в семье. В результате такие дети имеют многие свойства старшего ребенка, но могут сохранять в себе детские качества до зрелого возраста. Более чем какой-либо другой, единственный ребенок наследует характеристики родителя того же пола. Например, девочка, мать которой была младшей сестрой братьев, окажется более непостоянной и склонной к флирту, чем та, у которой мать была старшей сестрой сестер. Поскольку родители склонны возлагать большие надежды на своего единственного ребенка, как и на старшего, он обычно отличается в школе и в последующих областях приложения сил. Будучи исключительным фокусом внимания, единственные дети часто очень тесно привязаны к родителям на протяжении всей жизни и испытывают большие трудности в сепарации. Имея меньше возможностей для игры с другими детьми, единственный ребенок уже в детстве может походить на маленького взрослого. Кроме того, он достаточно комфортно будет чувствовать себя в одиночестве. Индира Ганди, второй премьер-министр Индии, является примером единственного ребенка. "Она выросла довольно изолированно и жила в присутствии старших людей, рано став доверенным лицом своего отца. Она явно имела чувство мессии и ответственности, что свойственно старшим детям, но как лидер, как это и свойственно единственному ребенку, была достаточно авторитарной и вела скорее изолированное существование, будучи сама себе советчиком" [McGoldric, Gerson, 1985].

Для *близнецов* параметры старший/младший ребенок также имеют значения и проявляются в зависимости от того, в группе каких детей они родились. Например, близнецы, имеющие старшую сестру/брата, будут действовать как младшие дети. Если родители подчеркивают, что один из них появился на свет раньше другого, то роли старший/младший, могут быть поделены ими между собой. Близнецы показывают самые низкие результаты в тестах на интеллект по сравнению с детьми, занимающими другую позицию в порядке рождения. Возможно, это связано с тем, что они функционируют как отдельная команда и меньше других ориентируются на взрослых и сверстников. Во взрослой жизни они испытывают сложности в разделении и обретении отдельной, собственной идентичности, особенно если они одного пола [Ричардсон, 1994].

Ребенок с особыми свойствами может изменить типично ожидаемые характеристики. Второй ребенок может функционировать как первый, если имеет особые таланты или старший болен. С другой стороны, порядковая позиция ребенка может быть усилена, если его родитель того же пола имеет такую же порядковую позицию.

Большое значение имеют установки родителей относительно пола ребенка. В большинстве культур семьи обычно оказывают предпочтение сыновьям. Старшая сестра в семье может нести ответственность за воспитание младших детей и принимать на себя часть родительских функций, в то время как следующий за ней брат будет получать славу и высокие родительские ожидания. В некоторых исследованиях утреждается, что хотя предпочтительность сыновей уменьшается, существует большая вероятность, что семьи, в которых рождаются только девочки, будут продолжать попытки, в то время как семьи, где есть только сыновья, остановятся на меньшем количестве детей [Broverman et al., 1972].

Что касается разницы в возрасте, то если она составляет более пяти-шести лет, каждый из детей по своим характеристикам будет приближаться к единственному ребенку, хотя к ним будут добавляться некоторые качества той позиции, к которой он ближе всего. Например, старшая сестра брата, которая на восемь лет старше его, будет скорее единственной дочерью, какова она и была на протяжении восьми лет, но в ее поведении будут заметны и черты старшей сестры братьев. Чем меньше разница в возрасте, тем более вероятно, что дети будут вступать в конкуренцию за достижения. Например, если

между старшим братом и младшей сестрой разница всего в год, то наступит время, когда он будет бояться, что его опередит девочка, которая развивается быстрее.

Тоумен [Toman, 1976] утверждает, что *для стабильного супружества большое значение имеет то, в какой мере в нем повторяется положение, которое каждый из супругов занимал среди своих братьев и сестер.* В связи с этим можно выделить комплементарный, некомплементарный и частично комплементарный браки. Тоумен полагает, что в *комплементарном браке* старшего и младшего ребенка супругам легче договориться и подстроиться друг под друга, так как они воспроизводят свой опыт взаимоотношений с братьями и сестрами (рис. 2.4.1). Они играют в браке комплементарные роли — один заботится, другой принимает заботу; один планирует, другой осуществляет эти планы; один хочет ходить на работу, другой предпочитает оставаться дома и т.д. Их связь тем прочнее и продолжительнее, чем больше отношения обоих партнеров напоминают их положение в семьях родителей.

Некомплементарный брак — это брак партнеров с одинаковой порядковой позицией в родительской семье (рис. 2.4.2). При прочих равных условиях им требуется больше времени и усилий, чтобы договориться и действовать согласованно. Когда в брак вступают два старших ребенка, они могут бороться за власть и конкурировать во взаимоотношениях. Два младших, наоборот, могут избегать ответственности и соревноваться, кто из них младше. Для брака двух младших детей может наступить особенно тяжелое время после рождения детей, когда возникает необходимость в длительном проявлении заботы и распределении ответственности.

Очень важным является то, был ли у супругов опыт взаимоотношения с сиблингами противоположного пола в родительской семье. Муж, который произошел из семьи, где все дети были мальчиками, будет, вероятно, воспринимать женщин как “чужеродное существо”, и ему надо сделать больше усилий, чтобы понять свою жену, чем мужчине, который имел сестер (рис 2.4.3).

Тоумен различает идентичность и комплементарность. В первом случае речь идет об идентификации, во втором — о взаимодействии. Партнеры, которые занимали одинаковое положение среди братьев и сестер в родительской семье, легче узнают друг друга и быстрее достигают взаимопонимания. Например, младший брат и младшая сестра, хорошо знают, что значит быть самым младшим по сравнению с другими детьми. Муж и жена, которые были самыми старшими в семье своих родителей, хорошо знают, что такое уход за младшими и ответственность за них. Они легко понимают друг друга и могут подменить один другого при необходимости, но плохо сотрудничают. Партнеры с идентичным типом только тогда сохраняют полное согласие в браке, когда работают в разных областях, обеспечивают друг другу определенную свободу в личной жизни, имеют разные компании и параллельно воспитывают детей: например, сыновей воспитывает отец, а дочерей — мать.

Частично комплементарные отношения устанавливаются в том случае, когда один или оба партнера в родительской семье имели несколько типов связей со своими братьями и сестрами, из которых одна по крайней мере совпадала с таковой у партнера (рис. 2.4.4).

Единственные дети, в силу их большей привязанности к родителям, скорее будут искать в партнере черты отца или матери. Наилучший прогноз для таких лиц имеет брак с партнером, имевшим младшего брата или сестру (например, муж, бывший единственным ребенком и, жена, имевшая младшего брата). Наихудший прогноз имеют браки, в которых каждый из супругов был единственным ребенком в семье.

Важно отметить также, что комплементарность брака не является абсолютной гарантией его стабильности. Необходимо соотнести этот параметр с тем характером взаимоотношений, который был в родительских семьях супругов. Например, муж ожидает от жены заботы о нем как о младшем брате, в то же время бунтуя против чрезмерной опеки, как делал это со своей старшей сестрой. Важной моделью является также модель взаимоотношений родителей супругов.

2) Совпадение жизненных событий

Под ключевыми жизненными событиями мы понимаем рождения, смерти, заключение браков, разводы и временные разделения, переезды, серьезные заболевания, изменения во взаимоотношениях, в карьере, смена места работы и учебных заведений, серьезные неудачи и успехи и т.д. События, происходящие в одно и то же время в семейной истории и часто кажущиеся несвязанными, системно соотносятся и имеют глубокое влияние на семейное функционирование. Мы не говорим здесь, что одно событие вызывает другое и служит его причиной, скорее, речь идет о сочетании ряда событий, которые могут влиять на развитие семейных паттернов. Исследуя семейную историю, терапевт отмечает время, когда семья испытывала очень много стрессов, а также влияние травматических событий внутри семьи и взаимосвязь семейного опыта с социальными изменениями.

Мы выделяем следующие *четыре типа таких совпадений:*

а) Совпадение важного жизненного события в семье с началом развития симптома у какого-либо ее члена или с этапами его обострения. Типичным примером подобного совпадения является возрастная регрессия ребенка после рождения младшего братика или сестренки.

б) Группирование важных жизненных событий в переходный период между стадиями жизненного цикла. В этот период семьи особенно уязвимы к изменениям. Например, крах профессиональной карьеры отца в качестве начальника лаборатории проектного института после начала перестройки может наложиться на переход между подростковым возрастом и фазой отделения ребенка от семьи и особенно ожесточить взаимоотношения отца с сыном, который пытается идти своим путем (см. главу 4, случай семьи Д). Или женщина, долго откладывавшая свой брак, выходит замуж вскоре после смерти своего отца. В этом случае терапевту стоит исследовать взаимоотношения женщины со своим отцом.

Важнейший вопрос, на который должен ответить себе терапевт, состоит в том, почему семья пришла к нему на прием именно сейчас, а не позже или раньше. Проблема могла тянуться несколько лет, но пришли они к нему только теперь. Терапевту важно понять, как эти события соотносятся с недавней историей семьи.

в) Синдром годовщины. Некоторые совпадения могут быть поняты как реакция на годовщину какого-нибудь важного или травматического события. Например, депрессивное настроение, возникающее каждый год в одно и то же время, может совпадать с годовщиной смерти родителя или брата/сестры, причем такая связь не обязательно будет осознаваемой.

В определенном возрасте у членов семьи может резко возрастать тревога. Так, у мужчины, отец которого умер от инфаркта в 40 лет, может развиться страх умереть от сердечного приступа, когда он начинает преодолевать этот возрастной рубеж. Или женщина может начать особенно бояться развода, когда ее дочери исполнится столько же лет, сколько было ей, когда их семью покинул отец. Или, например, в консультацию обращается мама

с проблемным подростком тринадцати лет. В процессе интервью выясняется, что когда ей самой было тринадцать лет, у нее умерла мать. Возможно, она обращается за консультацией именно сейчас, так как ее сын приблизился к возрасту, в котором у нее самой отсутствует опыт воспитания матерью.

В семьях раковых больных широко распространены случаи, когда люди заболевают раком в том же возрасте, в котором внезапно умер кто-то из членов семьи. [Шутценбергер, 1997]. Исследователи приводят поразительные данные, когда людям даже удается подгадывать день своей смерти к какой-то важной для них дате. Известно, например, что Томас Джеферсон и Джон Адамс (второй и третий президенты США) умерли в один день — 4 июля 1926 г. — в день пятидесятилетия независимости Америки. Причем в последних словах Адамса упоминался Томас Джеферсон [McGoldric, Gerson, 1985].

г) Совпадение ряда событий с рождением ребенка может сделать его положение в семье особым. На особое положение Зигмунда Фрейда в семье своих родителей указывает ряд обстоятельств. В год его рождения умирает отец его отца, через год рождается и вскоре умирает его брат, после чего в семье долгое время рождались одни девочки. Кроме того, через пару лет после его рождения старшие сыновья отца от другого брака иммигрируют в Англию. Неудивительно, что Зигмунд занял в своей семье исключительную роль, став для родителей заменой всех этих потерь.

Интересно, что Анна Фрейд, самая младшая дочь Зигмунда, великий детский психоаналитик и единственная из детей, кто продолжил его дело, родилась в 1895 г., в один из важнейших периодов жизни Фрейда. В 1896 г. умирает отец Зигмунда Фрейда, потерю которого он рассматривал как наиболее значимое и тяжелое событие своей жизни. В этот период Фрейд публикует свою первую аналитическую работу "Исследование истерии" и начинает свой знаменитый самоанализ.

"Наш собственный опыт привел нас к тому, чтобы уделять особое внимание тому, как влияют на семью потери. К ним семье гораздо труднее приспособиться, чем к другим изменениям" [McGoldric & Walsh,1983]. Уолш [1978] обнаружил, что внуки, демонстрирующие симптоматическое поведение, часто рождаются в пределах двух лет до или после смерти прародителей.

На ожидания родителей от конкретного ребенка существенное влияние оказывает процесс "родительского проектирования", обстановка в семье на момент его рождения и особенно качество супружеских отношений в этот период. Ребенок, рожденный в "хороший" период брака, когда отношения родителей не были омрачены конфликтами, имеет большие шансы быть любимым ими.

И наоборот, ребенок, родившийся "не вовремя", когда семья не была к этому готова, может нести на себе печать отвержения. Например, в одной семье эмоциональное дистанцирование и ревность матери к дочери были заданы тем, что в период ее беременности этим ребенком открылась измена мужа. И хотя мать старалась одинаково относиться ко всем детям, не пережитая обида на мужа влияла на ее отношение к этой конкретной девочке (см. также главу 4, случай семьи Д).

3) Повторение паттернов функционирования в следующих поколениях

Множество симптоматических паттернов, таких как алкоголизм, инцест, физические симптомы, насилие и суициды, нередко повторяются из поколения в поколение. Узнавание и исследование таких паттернов может помочь семье понять, какие способы адаптации она использует, и избежать повторения неприятных моделей в настоящем и их перехода в будущее, освоив другие способы совладания с ситуацией.

Наследие "семейных программ" может оказывать серьезное влияние на ожидание и выборы в настоящем. Так, например, женщина, происходящая из семьи, где в нескольких поколениях были разводы, может воспринимать развод почти как норму.

Выбор жизненного пути может также отталкиваться от жизненного опыта и интересов предыдущих поколений. Проиллюстрируем это на историческом примере, используя генограмму семьи Карла Густава Юнга (см. рис. 2.4.5).

На генограмме видно, что отец Юнга, два брата отца, все шесть братьев матери, дедушка матери и три брата дедушки матери были священниками. Можно отметить также, что дедушка, в честь которого Юнг был назван, и прадедушка по отцовской линии были врачами. Кроме того, несколько членов его семьи верили в оккультные феномены — его мать, дедушка матери и его кузина, Елена Прейсверк, которая утверждала, что является медиумом (в юности Юнг принимал участие в ее сеансах). Предполагается также, что мать Юнга и его бабушка по отцовской линии страдали психическими расстройствами. Таким образом, то, что Юнг стал врачом-психиатром и испытывал глубокий интерес к религии и сверхестественному, весьма соответствует господствующим паттернам в его семье [McGoldrick, Gerson, 1985].

4) Триангулирование как модель передачи паттернов взаимоотношений в последующие поколения

Несмотря на огромную сложность и разнообразие семейных взаимодействий, меняющихся со временем, изучение семейной истории позволяет проследить трансляцию определенных моделей взаимоотношений в последующие поколения. Особенно удобно это делать с помощью генограммы.

Очевидно, что наименьшая человеческая система состоит из двух человек. Анализируя генограмму, можно заметить повторение диадических взаимоотношений. Так, на рис. 2.4.6 показано, что сыновья в каждом поколении имеют конфликтные взаимоотношения со своими отцами и близкие — с матерями, в то время как дочери, наоборот — конфликтные с матерями и близкие с отцами. Все супруги имеют дистантные или конфликтные взаимоотношения друг с другом. Другими словами, существует комплементарный паттерн супружеского дистанцирования, конфликтов между лицами того же пола и альянс между лицами разных полов в двух поколениях. Следовательно, можно предположить, что сын и дочь в третьем поколении повторят эту модель дистанцированного брака, конфликты с детьми того же пола и близость с детьми противоположного пола.

Более сложный уровень анализа, соответствующий системному подходу, предлагает связывать эти диадические взаимоотношения и рассматривать их как функцию других отношений, исследуя таким образом семейные треугольники (см. параграфы 2.1.3 — 2.1.5). С этой точки зрения дистанцирование отца и матери может быть функцией его близости с дочерью и конфликта матери с дочерью. Такую же гипотезу можно выдвинуть для любых трех человек из этой системы. Диадическое существование неустойчиво и имеет тенденцию втягивать третьего члена, стабилизируя взаимоотношения диады. Системные теоретики, начиная с Боуэна, считают триангулирование основным механизмом передачи паттернов взаимоотношений в последующие поколения. В таком случае одной из основных терапевтических стратегий является отмена паттерна треугольника и помощь в решении проблем диады напрямую друг с другом. Один из фрагментов помощи семье в данном примере мог бы заключаться в установлении близких взаимоотношений дочери с матерью, даже если ее отец, с которым дочь была близка, находится в конфликте с ее матерью (возможно, опасение не быть лояльной к отцу мешает дочери проделать это самой). Если бы дочь смогла этого достичь, вероятность ее хронических конфликтов, в свою очередь, со своей дочерью в новом поколении сильно уменьшилась бы. Кроме того, это внесло бы изменение и во взаимоотношения супругов.

Проиллюстрируем процесс триангулирования коротким примером из терапевтической практики (см. рис. 2.4.7).

Женщина 26 лет, назовем ее Варя, выходит замуж за мужчину, который старше ее на 10 лет и очень привязан к своей двенадцатилетней дочери от первого брака. Мать девочки бросила ее на мужа и ушла к другому.

Выходя замуж, Варя фактически воспроизводит треугольник, существовавший в доме ее родителей. Она была старшей дочерью в семье, ответственной, исполнительной девочкой, хорошо училась. Ее мать умерла, когда ей не исполнилось и 10 лет. Отец больше не женился и воспитывал ее и младшую сестру один. Постепенно в семье сложилась следующая ситуация: отец работал, Варя занималась домашним хозяйством и старательно училась, а младшая сестра Женя, любимица отца, развлекалась, гуляла с подругами и молодыми людьми. Она была младше Вари на 7 лет, но кавалеров у нее было гораздо больше. Обе сестры соперничали за любовь отца. Младшая старалась добиться отцовской любви веселостью, шаловливостью, лаской; старшая — проявлением ответственности, помощи, заботы. Варя мечтала выйти замуж за такого человека, в делах и заботах которого она сможет полностью раствориться. Отец любил Варю, но держался с ней строго и явно предпочитал ей младшую сестру.

Выйдя замуж, Варя воспроизвела этот же треугольник с одним мужчиной и женской конкуренцией. Желание заботиться о приемной дочери, скрытая агрессивность к ней и чувство вины за это были для нее повторением на новом витке спирали давно знакомых, привычных эмоций. На момент прихода в консультацию через год после заключения брака она находилась в состоянии затяжного конфликта с девочкой и не могла понять причин этого, так как на сознательном уровне пыталась заботиться о ней и возместить ей потерю матери. Кроме того, этот конфликт привел к отдалению между супругами.

Другой воспроизведенный здесь треугольник включает трех женщин (умершую мать и двух дочерей — в родительской семье Вари; а в ее собственной семье — саму Варю, приемную дочь и ее мать, покинувшую семью). Как Варя не могла заменить мать своей сестре, так она не может заменить ее и для своей приемной дочери. Установление хороших взаимоотношений с приемными родителями часто воспринимается детьми как некоторое предательство по отношению к своим собственным. Важно отметить, что семьи, заключившие повторный брак, обычно несут в себе потенциальный конфликт между детьми, родными и приемными родителями, часто вне зависимости от личностных особенностей его участников. Приемным родителям нужно много мудрости, терпения и ненавязчивой любви, чтобы сбалансировать образовавшуюся новую семейную структуру.

Резюмируя, можно сказать, что изучение семейной истории позволяет лучше понять:

- что лежит в основе выбора супругами друг друга;
- как их способы взаимодействия друг с другом и с детьми соотносятся с моделями взаимоотношений в их родительских семьях;
- какие изменения претерпела структура ядерной семьи и характер коммуникации в ней в ходе исторического развития и какие события оказали на семью наибольшее влияние;
- какие события предшествуют текущему семейному кризису и почему семья пришла на прием к терапевту именно сейчас;
- каковы место и функции симптоматического поведения в более широком семейном и историческом контексте.

2.5. ФУНКЦИИ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ПОВЕДЕНИЯ В СЕМЕЙНОЙ СИСТЕМЕ

Под *симптоматическим поведением* мы будем понимать широкий класс нарушений, включая психические симптомы, а также любое поведение, удовлетворяющее следующим условиям:

1) поведение пациента оказывает сравнительно сильное влияние на других людей;
2) оно непроизвольно и не поддается контролю со стороны пациента.

Кроме того, симптоматическое поведение часто "закрепляется окружением, и пациент приобретает в той или иной форме вторичное заболевание" [Оудсхоорн, 1993].

С коммуникативной точки зрения симптоматическое поведение представляет собой неконгруентность между логическими уровнями коммуникации и метакоммуникации. Пациент прибегает к каким-то крайностям или избегает делать что-то и одновременно указывает, что он не делает этого, так как не контролирует то, что происходит. Возможно, такие серьезные проблемы, как шизофрения, требуют более многоуровневого описания, но абсолютное большинство невротических и психосоматических симптомов, а также поведенческих проблем детей могут быть представлены именно так [Haley, 1963].

Очевидно, что симптомы могут быть следствиями нарушения разных иерархических уровней глобальной системы в модели Оудсхоорна (см. параграф 1.3), и для раскрытия их смысла и функций найдется не одно объяснение. Мы будем акцентировать внимание на том, что смысл симптомов меняется в зависимости от того, что является единицей рассмотрения — индивид, диада или триада. В данном параграфе мы постараемся обосновать роль симптомов в семейной системе, используя структуру треугольника в качестве единицы анализа. Далее будет показано что, во-первых, симптоматическое поведение может быть воспринято как *коммуникативная метафора*, характеризующая некоторые групповые темы из ближайшего окружения пациента; во-вторых, оно представляет собой *часть циркулярной коммуникативной последовательности*; и, в-третьих, *выполняет определенные функции* в семейной системе.

С появлением семейной терапии произошел сдвиг в понимании проблемного (симптоматического) поведения членов семьи. В психоанализе психические симптомы признаются следствием внутреннего конфликта, компромиссом между бессознательными влечениями и репрессивными механизмами. Симптомы рассматриваются исключительно как свойство индивида, выражение интрапсихического конфликта, обострившегося, возможно, вследствие травматического влияния со стороны его социального окружения. Тревога или депрессия признаются характеристиками *состояния* человека. Например, когда женщина компульсивно моет руки, возможной психодинамической метафорой может быть объяснение этого поведения как "искупление ею чувства вины".

С развитием коммуникативной теории и теории систем произошло изменение в понимании симптомов. Симптомы являются не только характеристиками состояния, но и *выражением отношений* между людьми, и служат средствами достижения некоторых тактических целей в отношениях с близкими. Вопрос теперь ставится так: к чему ведет приступ тревоги, если рассматривать его в контексте семейных отношений, отношений на работе или отношений с психотерапевтом?

Вот два простых примера:

- У ребенка заболевает голова, живот и т.д. в тот момент, когда ему надо идти в школу.
- В семье есть мальчик подросткового возраста, очень привязанный к матери. Мама замужем второй раз. Одновременно с рождением братика или сестренки у подростка возникают проблемы с поведением или успеваемостью. Он реагирует на появление соперника и с помощью крайнего поведения "сообщает", что чувствует себя покинутым. Его проблемы отвлекают мать и отчима от новорожденного и, получая свою порцию отрицательного внимания, подросток чувствует, что родители продолжают выполнять свои функции по отношению к нему.

Таким образом, симптоматическое поведение может выполнять функцию *скрытой, парадоксальной коммуникации между людьми.* Оно определенно несет в себе коммуникативную метафору и в то же время представлено в такой форме, которая не воспринимается другими членами семьи как послание.

В следующем примере нарушение поведения дочери, ее "склонность дружить с девочками легкого поведения и поздние возвращения домой", могут быть восприняты как *метафора, отражающая групповую тему семьи.*

Супружеская пара и двое детей (дочь от первого брака матери тринадцати лет и общий ребенок, девочка трех лет) живут в одной комнате коммунальной квартиры. Интимная жизнь между супругами нарушена много лет. Жена через два года совместной жизни обнаружила, что у мужа есть любовница, которую муж по ее требованию тут же оставил. Однако тревога о том, что это может рано или поздно повториться, не стихла и время от времени подкрепляется новыми подозрениями. Тем более что несколько месяцев назад ее старшая дочь сказала, что отчим как-то стал странно на нее поглядывать и часто прижимать к себе. Муж все отрицал, и впоследствии супруги больше об этом не разговаривали. У мужа год назад умер отец, осталась двухкомнатная квартира, в которую семья могла бы переехать. Однако жена, мотивируя нежеланием менять школу дочери, настояла на том, чтобы временно сдать эту квартиру. (Переезд в новую квартиру и приобретение супругами отдельной спальни, возможно, воспринималось ими как угроза стабильности сложившихся между ними отношений.) Последствиями инцидента с отчимом стало то, что мать усилила контроль над дочерью и запретила ей гулять после шести часов вечера, что раньше было вполне обычным делом. "Я места себе не нахожу, если кого-то нет дома", — говорила она, опасаясь также, что муж и девочка могут встречаться в новой квартире. Дочь выразила протест и вскоре подружилась с девочками своего возраста, живущими половой жизнью. Супруги вместе стали бороться с "испорченностью" девочки, отслеживая ее опоздания, устраивая скандалы, и вскоре добились того, что она раза два не ночевала дома. После этого мать появилась с девочкой в психологической консультации с просьбой помочь справиться с моральной распущенностью дочери. Девочка в этой семье оказывается в парадоксальной ситуации. Являясь жертвой неадекватного поведения отчима, она не только не получает защиту матери, но и становится объектом преследования родителей. Поведение девочки, о которой раньше все отзывались только положительно (в том числе и учителя), быстро приобретает крайние формы и метафорически отражает групповую тему семьи. Обсуждая поведение дочери, супруги теперь получили возможность обсуждать важнейшие и щекотливые для них вопросы интимной жизни и "нравственной чистоты" не на своем материале, а на примере событий из жизни дочери. Изобретая совместные меры по спасению девочки, они также совершают определенные магические действия по спасению собственного брака.

Некоторые сторонники системного подхода рассматривают природу симптомов в семье как вид коммуникативной метафоры.

"Большинство симптомов — а также реакция на них членов семьи — в действительности только метафоры, зеркально отражающие (и одновременно как в кривом зеркале искажающие) все остальные семейные проблемы, прямое выражение которых непоправимо нарушило бы семейный status quo" [Интервью с Клу Маданес в кн. Р. Саймона, 1996]. Задача терапевта — правильно прочитать это отражение и, опираясь на него, создать свою метафору, в которой будут предложены возможные решения проблемы.

Анализируя проблемы семьи, полезно думать о симптоматическом поведении как о *прерывистом процессе* и считать, что проблема существует не постоянно, а время от времени. Например, дети начинают больше ссориться и выяснять отношения, когда родители дома, и прекрасно ладят, когда их нет. В связи с этим важнейшими для семейного терапевта являются следующие вопросы: "Кто вовлечен в проблему? Что меняется в семье, когда симптом есть и когда его нет? После каких событий происходит обострение проблемы? Какова реакция других членов семьи? Чем заканчивается эта последовательность событий и взаимодействий и каков результат?". Рассуждая на эту тему, Джей Хейли пишет: "Чтобы справиться с проблемой, ее нужно описать в операциональных терминах... Ярлыки "делинквентный подросток", "алкоголик", "доминантная мать и пассивный отец", "невротик", "симбиоз между матерью и ребенком" скорее кристаллизуют проблему, чем дают способы ее решения" [Haley, 1976]. Системные семейные терапевты стараются проследить циркулярную последовательность, частью которой является

симптоматическое поведение. Подобная позиция постепенно сформировалась по мере развития семейной терапии.

Хейли выделяет следующие стадии процесса изменения точки зрения на природу детских симптомов:

1. Первоначально допускалось, что вся проблема заключена в психике ребенка, и он как-то не так функционирует. Основной гипотезой было то, что он отвечает на прошлый опыт, который интериоризировал.

2. Позднее матери подчеркивали, что у ребенка есть проблемы во взаимоотношениях с нею. Например, говорили, что она беспомощна и некомпетентна, и ребенок адаптировал к этому свое поведение. Для того чтобы объяснить, почему мать такова, какая она есть, выдвигалась гипотеза, что она отвечает на прошлый опыт, и особенно детский.

3. Еще позднее был "открыт" отец. Многократно убеждались, что поведение матери можно объяснить через ее взаимоотношения с мужем. Например, если она ведет себя с ребенком беспомощно и некомпетентно, то отец вынужден приходить на помощь и больше времени проводить с ними. Когда же проблема ослабевает, он отстраняется от семьи.

4. Наконец, начинает получать признание точка зрения, что в замкнутую последовательность включено поведение всех участников драмы. Состояние души отца и его бегство из семьи, возможно, является продуктом его взаимоотношений с матерью и ребенком, которые стали такими в силу его предшествующих действий и т.д.

В данном примере симптоматическое поведение ребенка и беспомощность матери являются функциями возвращения отца в семью и представляют собой *часть циркулярной последовательности.* Другой ее частью является последовательность взаимодействий, приводящая к отстранению его от семьи, например, по причине конфликтов с женой. Рассмотрев историческое развитие их отношений, можно увидеть, как семья попала в данную точку развития своей структуры и коммуникативных последовательностей. "Понимая значение симптома, я вижу, как он встроен в семейную систему. Я верю, что каждый фрагмент поведения в семье логичен для данной системы" [V. Satir, в кн. Hoffman & Haley, 1967].

Когда мы пытаемся понять *функции симптомов* в семейной системе, нам важно отдавать себе отчет в том, что является единицей нашего анализа — *индивид, диада или триада*. Если это индивид, то мы думаем о проблеме, как правило, в терминах недостатка/излишка чего-либо. Мы обычно строим гипотезу следующим образом: "Этот человек ведет себя так, потому что ему не хватает... силы Эго (тепла и эмоциональной поддержки; положительных эмоций и активности; определенных химических веществ в организме и т.д.)".

В том случае, если в качестве единицы нашего рассмотрения выступает диада, объяснение существующих проблем происходит в терминах взаимодействия (конфликт, соревнование, сплоченность, борьба за власть и т.д.). Симптоматическое поведение становится тогда межличностными силовыми маневрами, *средством контроля* других людей. Например, муж много работает, и у жены, которая сидит дома с ребенком, развивается депрессивное настроение. Возможно, эта женщина не может войти в открытую конфронтацию со своим мужем, а когда у нее депрессия, муж начинает менять свое поведение в том направлении, которое ей больше нравится.

l У ребенка начинается рвота перед входом в здание школы. Мама вынуждена отводить его домой и укладывать в постель. В выходные дни и в дни, когда он по каким-либо причинам не учится, рвоты не возникает.

l У мужа кардиофобия, и он боится умереть от сердечного приступа, хотя физически с сердцем все в порядке. Его симптомы могут структурировать всю жизнь семьи, начиная с интимных отношений между супругами и кончая поведением детей, которые не должны шуметь, когда отец так болен.

Человек, который демонстрирует беспомощность и ожидает, чтобы о нем заботились, на более высоком уровне контролирует того, кто проявляет о нем заботу.

В современной системной терапии принято считать, что собственно системный анализ начинается там, где единица рассмотрения включает в себя три и более элементов. В этом случае для объяснения смысла симптомов прибегают к категориям равновесия, порядка, защиты, регуляции, эволюции и т.п. О семье тогда можно думать в терминах саморегулирующейся системы, к которой могут быть применены общие принципы кибернетики. Семья представляет собой систему, в которой равновесие поддерживается благодаря постоянному переходу от гомеостаза к изменениям. Все постоянно меняется и движется, и равновесие, которое достигается, является динамическим равновесием.

С точки зрения системной теории, симптомы появляются в том случае, если происходит смещение или нарушение процесса развертывания жизненного цикла семьи или другой естественной группы. Они являются средствами уравновесить "застрявшую" систему, и для внешнего наблюдателя симптомы сигнализируют о том, что семья испытывает трудности при переходе из одной стадии развития в другую. Симптоматическое поведение часто является ответом на парадокс: семейную систему, которая требует серьезных изменений и реорганизации, необходимо срочно стабилизировать в ее текущем состоянии.

Симптоматическое поведение в семейной системе может выполнять две функции:

1). *Морфостатическую функцию*, т.е. консервацию семейной системы в ее текущем состоянии. (Синонимы: гомеостаз, негативная обратная связь, "отклонение в сторону снижения"; см. параграфы 1.2; 2.1.3.) Так, ребенок может "заболеть" или у него появляется девиантное поведение как попытка уменьшить напряжение в браке своих родителей. В генезе поведенческих расстройств у детей особое место принадлежит способам разрешения конфликтов между родителями.

Другой пример: супруги собираются разводиться из-за алкоголизма мужа. Жена подает на развод, но в этот момент он "случайно" ломает ногу, и она не может его бросить в таком состоянии. Симптом позволяет им избежать пугающих изменений. Муж несет "кару" за свое безобразное поведение и клянется исправиться. Жена снова принимает привычную для нее роль "спасителя" своего "слабого" партнера. Через некоторое время запои возобновляются и т.д.

2). *Морфогенетическую функцию* (позитивная обратная связь, "отклонение в сторону усиления"), целью которой является изменение семейной системы, переход на другую стадию. Так, подросток может предпринять суицидальную попытку как крайнюю меру для того, чтобы получить больше жизненного пространства для самого себя и чтобы изменить жесткие семейные правила [Оудсхоорн, 1993]. "Важнейший фактор, ведущий к позитивным переменам в семье, — это отчаяние. Когда семья в отчаянии, она меняется, если нет — остается прежней" [Интервью с Карлом Витакером в кн. Р. Саймона, 1996]. В качестве симптомов обычно выступает именно то поведение, которое вызовет крайнюю реакцию у конкретных лиц из ближайшего окружения. Так, в нашем примере с приставанием отчима к тринадцатилетней девочке в качестве симптоматического поведения возникает, например, не плохая учеба или конфликты с учителями, а поздние приходы домой и дружба с девочками особого типа. Именно это поведение вызовет крайнюю реакцию родителей и отразит групповые темы семьи.

Симптоматическое поведение детей может выполнять морфостатическую и морфогенетическую функции одновременно: призывать к изменениям на уровне всей семьи, заставляя ее, например, обратиться к специалисту и стабилизировать при этом подсистему родителей, которые должны позабыть о своих разногласиях и объединиться для помощи ребенку.

Следовательно, на симптоматическое поведение можно взглянуть с точки зрения его целесообразности для семейной системы. Такая позиция позволяет терапевту осуществлять переопределение существующих проблем в позитивных терминах, что уменьшает сопротивление семьи и создает "работающую реальность" для изменений.

Анализируя проблематику семьи, важно помнить о двух системных принципах — *эквифинальности* и *мультифинальности* [Wilden, 1980]. Один и тот же тип дисфункциональной семейной структуры может привести к самым разным видам симптоматического поведения (мультифинальность). Верно также обратное — то, что разные типы семейных систем могут порождать схожие проблемы (эквифинальность). Таким образом, одни и те же симптомы в разных системах могут нести прямо противоположный смысл и иметь разные функции, поэтому так важен анализ уникальной ситуации данной семьи.

Понимание того, что может означать то или иное симптоматическое поведение в контексте существования семьи, каков его прагматический смысл для отдельных ее членов и для всей системы в целом, является одной из важнейших задач семейного терапевта.

Ван Дейк (1980) предлагает при оценке симптоматического поведения использовать поочередно три вопроса или гипотезы:

(а) Носит ли симптом сигнальный характер, то есть служит ли сигналом тревоги или является специфической, закодированной информацией?

При включении сигнала тревоги загорается красная лампочка, которая предупреждает, что данная ситуация далее невыносима. Речь идет о стрессе в конкретной ситуации. Например, приступы тревоги у молодой матери, возникшие сразу после рождения ребенка, могут говорить о том, что эта семья не в состоянии перейти на стадию воспитания детей.

Или, в другом случае, семилетняя девочка, приходя из школы, в особенно трудный для нее период привыкания разбрасывала книжки и тетрадки по комнате, отреагируя аффект. Через некоторое время она их собирала и садилась за уроки.

Такие отклонения можно рассматривать как реакцию на случайные травмы или на неизбежные трудности, связанные с прохождением жизненного цикла индивида и его семьи (рождение, болезнь, кончина члена семьи, первый день в школе и т.д.).

Симптом превращается в закодированное сообщение, когда существующие взаимоотношения исключают открытое обсуждение проблем в семье. Информация приобретает симптоматическую форму и часто противоречит вербальным высказываниям. Если ребенку не нравится ходить в школу и если родители способны это понять, то ему нет необходимости проявлять неудовольствие в виде прогулов или жалоб на боли в желудке. Такие симптомы у детей могут выражать:

- протест против родителей (когда открытый протест чересчур опасен);
- сообщение в метафорической форме (например, головная боль при наличии у ребенка трудностей в обучении).

(б) Является ли данный симптом частью модели, повторяющейся хронически?

Часто первое оптимистическое предположение терапевта заключается в том, что симптом пропадет, если расшифрована заключенная в нем информация и решена конкретная проблема. Однако нередко симптоматическое поведение никуда не исчезает или даже обостряется, так как симптом давно перестал быть острым и превратился в хронический, встроенный в семейную систему, подкрепляемый ее членами. Взаимоотношения между членами семьи носят комплементарный характер. Например, чем больше степень беспомощности у ребенка, тем выше степень доминирования его родителя(ей). И наоборот. Трудно определить, кто первым начинает отклоняться от нормы. Реакции одного провоцируют то или иное поведение другого, что, в свою очередь, подкрепляет поведение первого. Образуется порочный круг.

Закрепляющие симптом модели, как правило, ригидны и трудно поддаются изменениям. Если родители привыкли втягивать ребенка в свои взаимоотношения и используют его в качестве громоотвода, козла отпущения, партнера в коалиции, арбитра или посредника, то формируется устойчивая модель. Члены семьи фиксируются в своих стереотипных ролях. Попытки терапевта изменить устоявшиеся поведенческие паттерны вызывают активное противодействие, как прямое, так и в виде усиления или затягивания симптоматического поведения. Одним из самых простых закрепляющих факторов является до-

полнительное “внимание”, получаемое носителем симптоматического поведения от других членов семьи.

(в) Является ли данный симптом выражением “механизма преодоления”, проявлением адаптации с целью избежать альтернативы? Если это так, то какого изменения опасаются члены семьи?

Например, симптоматическое поведение у ребенка появляется после сильных скандалов между родителями, представляющих угрозу для существования семьи. Им следует на время позабыть о своем конфликте и переключиться на симптом, который является частью морфостатического механизма.

Итак, при оценке семьи, в которой проявляется симптоматическое поведение, терапевт задает себе следующие вопросы:

Если верна гипотеза (а), то что означает данный симптом? В чем состоит его коммуникативная метафора?

Если справедлива гипотеза (б), то в какую семейную модель укладывается данный симптом, какие циклические поведенческие паттерны можно наблюдать в связи с симптомом в этой семье?

Если верна гипотеза (в), то в какой степени данный симптом связан с вопросами адаптации и выживания?

Часто правильными оказываются две или три гипотезы. Как все это соотносится со стадиями жизненного цикла семьи и семейной структурой? И как симптоматическое поведение выглядит в контексте семейной истории по крайней мере трех поколений?

Итогом является определение функций симптоматического поведения в ядерной и распространенной семейной системах, а также отношение к нему как к коммуникативной метафоре.

Общие гипотезы семейного функционирования должны быть циркулярными и включать в себя всех членов семьи. При этом симптом рассматривается как звено циркулярной последовательности, в которой семья застряла.

2.6. ЦЕЛИ СИСТЕМНОЙ СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ, ОСНОВАННОЙ НА ИНТЕГРАТИВНОЙ МОДЕЛИ

Семейные терапевты разных направлений в ходе терапии пытаются достичь различных целей. Однако существует согласие в том, что “*решение представленных семейных проблем и облегчение симптомов без возникновения новых симптомов у каких-либо членов семьи должно быть минимальной задачей терапии”* [Guerin P., 1976]. В этом параграфе коротко обсуждаются цели и средства для решения этой центральной терапевтической задачи, вытекающие из различных диагностических подходов, интегрируемых в нашей модели.

В системной *теории изменений* (см. параграф 2.2) выделяются изменения первого, второго и третьего порядка. Изменения первого порядка, или адаптация, не затрагивают структуры и основных правил функционирования системы и, если проблема серьезна, их, как правило, недостаточно для возвращения к нормальному состоянию системы. Часто адаптация предлагает лишь временное решение, например, на основе симптоматического поведения. Изменения второго порядка (мета-адаптация) касаются изменения организационных основ системы и обычно обозначаются термином переструктурирование. Изменения третьего порядка обозначают сдвиги в самовосприятии системы, в том числе своей способности меняться. Напомним, что под системой могут пониматься и индивид, и семья, и любая другая социальная организация.

Допустим, что симптомом является воровство подростком денег у родителей. Адаптационными способами решения семьей данной проблемы будет, например, усиление обычных методов воздействия на ребенка. Если в семье принято ругать и физически наказывать сына за проступки, то в ситуации такого серьезного нарушения, как воровство, ру-

гать и наказывать подростка будут сильнее. В других семьях, уповающих на понимание и разбирательства, будут больше разговаривать с ребенком о нравственности и пытаться выяснить причины его воровства. Однако вне зависимости от системы принимаемых мер и эффективности воздействия при адаптационных стратегиях члены семьи обычно не делают чего-то принципиально нового. Если бы семья как-то реорганизовала свои правила, например, стала выделять подростку карманные деньги, чего раньше никогда не делала, или увидела бы проблему воровства в связи с другими проблемами взаимоотношений членов семьи, которые попыталась бы улучшить, то это было бы отражением изменений второго порядка, или мета-адаптацией. И если бы в ходе позитивных перемен члены семьи увидели себя как людей ответственных и способных решать проблемы, то это означало бы изменения третьего порядка.

Семья, как правило, приходит на терапию, исчерпав свои возможности в адаптации, опасаясь необходимости реорганизации и имея негативный образ себя самой и своих перспектив. Целью системной семейной терапии является создание условий для достижения семьей изменений второго и третьего порядка. Предполагается, что такие изменения приведут к редукции проблем и симптомов, выходу семьи из тупика, облегчению в ее продвижении по стадиям жизненного цикла и, в итоге, к большему оптимизму и удовлетворенности семейной жизнью.

Итак, рассмотрим, на что направлены усилия семейного терапевта, использующего критерии интегративной диагностической модели:

1) *Изменения в структуре семьи.* Основным допущением здесь является то, что дисфункциональная семейная организация поддерживает существование проблем семьи. Тогда, используя модель Олсона, необходимо создать условия, помогающие семье продвинуться к более сбалансированным типам семейной организации. Например, в ригидной системе организовать более открытую коммуникацию и переговоры; хаотичной семье — помочь выстроить иерархическую структуру, обеспечить сильный родительский альянс и сотрудничество в супружеской подсистеме, что обеспечит подходящее руководство семьей и воспитанием детей. Для этого в хаотичной системе терапевту, может быть, понадобится даже занять авторитарную позицию руководства на начальной фазе терапии. В разобщенной системе терапевт помогает объединению семьи на основе помощи идентифицированному пациенту и прояснения потенциальных выгод для всех членов семьи, которые в этом участвуют. Часто бывает полезным помочь "отстраняющемуся" члену семьи найти себе комфортную нишу внутри нее, изменив коалиционную структуру семьи.

Напротив, в запутанной семье терапевт будет поддерживать прочерчивание границ между подсистемами и увеличение областей личностной автономии, уважая при этом их высокую потребность в эмоциональной близости. Он стремится помочь семье установить подходящий возрасту баланс привязанности и отдаленности между ее членами и людьми вне семьи. Чтобы не быть частью запутанной терапевтической системы, в работе с такой семьей терапевту необходимо постоянно прояснять свою роль и границы профессиональной ответственности.

Важно подчеркнуть, что поставленные цели по трансформации семейных структур должны быть реалистичными и не должны планировать слишком больших изменений. Часто дисфункциональным семьям при рассмотрении возможности перемен бывают свойственны крайние позиции типа "все или ничего". Они колеблются между чувствами безнадежности и нереалистическими ожиданиями. Кроме того, они опасаются, что если в семье будут происходить изменения, то они окажутся крайними по характеру. Например, запутанные семьи будут противиться любой форме проявления самостоятельности детей, так как боятся тотального разрыва. В работе с семьями несбалансированных типов важно ставить скромные, конкретные цели, которых можно достичь путем небольших пошаговых изменений, добиваясь уменьшения тревоги до приемлемого уровня, предотвращая крайние флуктуации и помогая семье постепенно меняться все время.

Другие структурно ориентированные цели системной семейной терапии вытекают из перечня дисфункций семейной организации, приведенного в разделе 2.1.4, и включают в себя работу с межпоколенными и скрытыми коалициями, реверсией иерархии и дру-

гими структурными нарушениями в отдельных подсистемах семьи. Важной задачей структурно ориентированного системного семейного терапевта часто является укрепление супружеской подсистемы как центральной в семье.

2) Помощь семье в разрешении соответствующих задач и требований *жизненного цикла* и обеспечение успешного перехода на следующую стадию развития.

3) Изменение характера *коммуникаций* в семье. С точки зрения коммуникативного подхода симптоматическое поведение является частью последовательности взаимодействия между людьми, и поэтому изменение повторяющихся ригидных последовательностей, поддерживающих существование проблемы, является важнейшей целью терапии. Терапевту нужно определить функции симптоматического поведения и опасности его потери для семейной системы. "Определена ли проблема как фобия, депрессия, отреагирование действием, неуправляемый характер или как-нибудь еще, такая коммуникация является функциональной внутри системы... и представляет собой негласные контракты между людьми" [Haley, 1976]. Терапевту необходимо создать условия для решения тех же семейных задач несимптоматическими средствами или, возможно, помочь семье переформулировать эти задачи по-новому. Терапевты, придерживающиеся коммуникативного подхода, будут активно переопределять индивидуальные проблемы с точки зрения функционирования всей семьи. "Золотым правилом семейной терапии является изменение при любой возможности индивидуальных ярлыков, которые члены семьи приклеивают друг на друга, на работающие более эффективно ярлыки взаимодействия" [Lange, van der Hart., 1983].

Порочный круг можно разорвать многими средствами — различными терапевтическими заданиями, в том числе парадоксальными, предписанием семейных ритуалов, переопределением проблемного поведения, прояснением коммуникации и обучением семьи различным коммуникативным навыкам. Многие семейные терапевты, использующие идеологию теории научения, акцентируют внимание на увеличении способности членов семьи вести между собой переговоры, касающиеся изменений [Lange & Zeegers, 1978; Olson at al., 1989; Кратохвил, 1991]. Терапевты этой ориентации пытаются изменить стиль взаимодействия, обучая членов семьи эмпатии, открытому самовыражению, навыкам слушания и т.д. Кроме того, организуя переговоры, терапевт может обращать внимание членов семьи на способы их обращения друг к другу, вводя коммуникативные правила (употреблять только позитивную критику в виде предложения альтернатив; говорить за себя, а не за другого; "не читать мысли" партнера; не использовать дисквалифицирующую коммуникацию; говорить конкретно и ясно, не использовать смутные формулировки и т.д.). Целью терапии в таком подходе может быть увеличение сложности и количества возможных вариантов поведения членов семьи.

4) Цели семейной терапии с позиции изучения *семейной истории*. Классик системного направления, М. Боуэн, считал, что многие интенсивные эмоциональные проблемы не могут быть решены в рамках работы только с ядерной семьей, и отстаивал необходимость фокусирования терапии на родительских семьях одного или обоих супругов, оставляя в стороне текущий супружеский кризис. Важнейшей целью семейной терапии Боуэн считал достижение членами семьи дифференциации самих себя в семейной системе. Дифференцированность означает способность членов семьи вступать в близкие взаимоотношения и в то же время быть самодостаточными, чтобы ориентироваться на собственные цели, не оправдываться и не стараться менять других, легко перенося различия между ними. Одной из основных операций в этом подходе является отмена паттерна треугольника и установление прямых — личность к личности — диадических взаимоотношений без втягивания третьего во время конфликта и тревоги. Вовлеченность в треугольники и взаимные пересечения треугольников, связывающие поколения, являются ключевым механизмом, посредством которого паттерны отношений и функционирования передаются в семье из поколения в поколение.

Использование информации о семейной истории помогает, во-первых, разблокировать семейную систему и получить доступ к семейным секретам. Во-вторых, получение информации о текущей функции "мешающего поведения" в распространенной семейной системе и открытие повторяющихся проблемных паттернов и попыток решения, пред-

принятых предыдущими поколениями, помогает поместить симптом в определенный контекст, сформировать более обоснованные гипотезы и определить необходимые изменения, в том числе привлекая для работы членов семейного клана, помимо ядерной семьи. Кроме того, работа с семейной историей предоставляет большие возможности для изменения взгляда семьи на саму себя и переформулирования симптомов.

Коротко резюмируя, можно сказать, что цели терапии, следующие из анализа семейной истории, говорят о:

1) необходимости создания условий для дифференциации членов семьи;
2) прерывании дисфункциональных паттернов, взятых из родительских семей, и отказа от передачи их в новые поколения;
3) вынесении на поверхность важных "незаконченных дел" членов семьи (например, прерванного процесса переживания горя, что серьезнейшим образом воздействует на структуру и коммуникации в семье);
4) перестройке текущих взаимоотношений с членами распространенной семьи и
5) переопределении семейного функционирования с точки зрения расширенной семейной перспективы.

Как было показано в главе 2, параметры интегративной модели логически взаимосвязаны, дополняют друг друга и вместе позволяют получить целостный образ семейной системы и ее проблем. Интегративная модель позволяет также выделить основные цели семейной терапии. Объединение интегративной модели с моделью Оудсхоорна может служить теоретической основой для взаимодействия семейного терапевта со специалистами другого профиля (врачами, социальными работниками, психотерапевтами, ведущими индивидуальный прием и т.д.).

Глава 2 отвечает на вопрос о том, ***что*** терапевту нужно знать о семейной системе, какая информация является релевантной именно для семейной терапии. Целью третьей главы является развитие и описание способов получения этой информации. Следовательно, она отвечает на вопрос, ***как*** терапевт это делает.

Глава 3

СБОР ИНФОРМАЦИИ
НА ОСНОВЕ ИНТЕГРАТИВНОЙ МОДЕЛИ.
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ И ТЕХНИКИ ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЯ СЕМЬИ

При наблюдении за работой мастеров семейной терапии создается обманчивое впечатление легкости и стихийности их действий, однако это только поверхностный взгляд. Грамотная работа основана на высокой точности, выверенности и продуманности каждого шага. Терапевтическая работа великих мастеров удивительно экономна, и наблюдающие часто остаются в недоумении, как они пришли к тем или иным выводам и добились столь потрясающих результатов.

Эффективная терапия невозможна без развитой диагностики проблем и типовых терапевтических ситуаций. Предлагаемая нами интегративная модель является эвристичным средством выдвижения терапевтических гипотез и призвана сделать диагностический процесс более быстрым и простым. Основной задачей данной главы является отбор и модификация средств получения информации о семейной системе, обеспечивающей терапевта, использующего интегративную модель, адекватным набором диагностических инструментов. В разделах 3.1 — 3.5 представлен пакет совместимых и взаимодополняющих диагностических методик и техник интервью. В разделе 3.6 подробно описана структура оценочной сессии, а также специализированные методы исследования параметров интегративной модели. Данная структура первой сессии с семьей является модификацией интервью, предложенного Дж. Хейли и значительно переработанного в соответствии с интегративной моделью.

Собранная информация о семейной системе суммируется с помощью специально разработанной *карты структурирования информации о семейной системе, выдвижения гипотез и планирования терапии* (см. приложение 6). Она позволяет обнаружить “дыры” и “белые пятна” в проведенной диагностике и является подспорьем для выдвижения системных гипотез и планирования терапии.

Семейная терапия представляет собой процесс, в котором диагностика семейных проблем неразрывно связана с терапией. Многие семейные терапевты склонны рассматривать оценку и действия терапевта как одновременный процесс, идущий на протяжении всей терапии — от звонка по телефону до ее окончания. Иногда терапевт уже на первой встрече просит семью что-то сделать или рассказывает им какую-нибудь историю. Реакции клиентов обеспечивают терапевта важной информацией о сильных и слабых сторонах семейной системы. С. Минухин (1974), например, заявляет, что не всегда важно, чтобы клиенты выполняли задания терапевта. Способ реагирования семьи на эти задачи предоставляет информацию об их взаимодействии друг с другом.

С другой стороны, обычной процедурой является также организация одной или нескольких встреч с семьей для проведения всесторонней оценки семейных проблем, формулирования терапевтических гипотез, составления плана терапии и заключение с семьей терапевтического контракта. Большинство терапевтов выделяют в своей работе фазу оценивания семейной системы как начальную фазу терапии. Предлагаемый нами подход следует этой традиции.

Организуя оценочные сессии с семьей, терапевт проводит своеобразный диагностико-терапевтический эксперимент и получает информацию о семье из разных источников: наблюдая спонтанное поведение семьи на приеме и их невербальные реакции; принимая семейный миф о проблеме без критики, как важную метафору, отражающую реальные проблемы семьи; исследуя семейную систему с помощью специальных техник интервьюирования и отслеживая реакции членов семьи на собственные действия и задания. Кроме того, терапевт должен установить рабочий контакт с семьей и мотивировать ее к изменениям.

Когда терапевт начинает работать с семьей, формируется новая система с его участием. Создать условия для необходимых изменений в семейной системе терапевт сможет, только войдя в систему и действуя изнутри нее. Всякая семья имеет границы, и в ситуации поиска помощи эти границы несколько приоткрываются. Позиция психотерапевта содержит в себе следующий парадокс: он может войти в систему только на основе изоморфизма, т.е. своей схожести с семьей, но помочь ей измениться он может, только используя анизоморфные стратегии. Чем больше сходство, тем легче ему быть принятым системой, но тем труднее изменить ее. "Любитель, непрофессиональный консультант становится другом, членом семьи или членом компании — при этом он теряет возможность изменить ту систему, частью которой он стал. С другой стороны, не воспринятый семьей профессиональный психолог, сохраняющий дистанцию и не обладающий достаточным пониманием и проникновением в систему, никогда не приблизится к ней, а останется в стороне со всеми своими знаниями, не имея шанса ей помочь" [Юнссон Л., Бернлер Г, 1992]. Поэтому важной задачей для психолога является его способность переключаться с позиции "вне" на положение "внутри" системы и обратно, что, конечно, легче сказать, чем сделать.

Входя в систему, терапевт становится частью "семейной игры". Семья переносит свои модели функционирования в терапевтическую ситуацию. Так, например, если с разобщенной семьей терапевту бывает трудно начать работать, собрав всех членов семьи в одно и то же время у себя на приеме, то с запутанной семьей ему непросто завершить сессию или даже всю терапию в целом. Члены семьи "запутанного" типа склонны приходить к нему все вместе, звонить ему домой, приглашать в гости и, становясь беспомощно зависимыми от терапевта, перекладывать на него всю ответственность за свое спасение. По тому, как семья взаимодействует с терапевтом, какой тип терапевтической системы она ему пытается навязать, терапевт может многое сказать о семейной структуре и правилах ее функционирования.

Далее в этой главе будут описаны методы сбора информации о семье на основе критериев предложенной интегративной модели, а также представлена структура диагностической сессии терапевта с семьей.

3.1. МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ СЕМЕЙНОЙ ИСТОРИИ

Анализируя ход семейной истории, стадии развития семьи, паттерны взаимоотношений, переходящие в новые поколения, и события, предшествующие кризису, удобно использовать две взаимодополняющие методики — *"Генограмму"* [Bowen, 1978; Carter & McGoldrick Orfanidis, 1976; Guerin & Pendagast, 1976; McGoldrick, 1977; Pendagast & Sherman, 1977; Brandt, 1980; McGoldric & Gerson, 1985] и *"Линию времени"* (The Time Line) [Stanton, 1992].

Генограмма представляет собой форму семейной родословной, на которой записывается информация о членах семьи, по крайней мере в трех поколениях. Генограммы показывают семейную информацию графически, что позволяет быстро охватить сложные семейные паттерны, и являются богатым источником гипотез о том, как клинические проблемы могут быть связаны с семейным контекстом и развитием во времени. Для терапевтических записей генограмма обеспечивает краткое резюме, позволяющее терапевту, не знакомому со случаем, быстро воспринять большое количество информации о семье и получить представление о ее потенциальных проблемах.

В отличие от других форм исследовательской записи, генограмма позволяет постоянно вносить добавления и корректировку при каждой встрече с семьей. Она дает возможность терапевту держать в голове большое количество членов семьи, их взаимоотношения и ключевые события семейной истории.

"Генограмма не является тестом и не содержит клинических шкал. Скорее, она представляет собой субъективный инструмент генерирования клинических гипотез для дальнейшей системной оценки" [McGoldric & Gerson, 1985]. В терапевтическую практику генограмма была введена Мюррэем Боуэном. Она служит для анализа семейной истории

с позиции системной теории. Список используемых в генограмме символов представлен в приложении 1, примеры генограмм даются в главах 2 и 4.

В сочетании с генограммой обычно используется список важных событий семейной истории или методика “линия времени”, в которой события расположены вдоль временной оси. Методика довольно проста: по горизонтали прочерчивается линия времени с отметкой лет, месяцев и даже дней, на усмотрение терапевта. Проводятся вертикальные линии, и над ними указываются события жизненного цикла. Например: “Николай потерял работу”, “Мария и Владимир поженились”, “Отец Сергея умер” и т.д. Эта методика позволяет организовать трудно сопоставимую информацию о семейной истории в более удобной графической форме. Особенно важной эта методика становится при размышлении терапевта о том, почему семья пришла за помощью именно сейчас, а не годом раньше или позже. Что изменилось в семье? Что стало другим во внешних связях семьи? Что заставило семью искать помощи в это особое время? В чем состоит пусковой момент кризиса?

Кроме простого варианта “линии времени”, можно использовать эту методику, объединяя ее со способами изображения семейной структуры и взаимоотношений. Это позволяет отразить ход изменений важнейших параметров семейной системы во времени. Например, на рис. 3.1.1 изображено сочетание линии времени с генограммой. На рисунке отражен довольно типичный случай отказа семилетнего мальчика от посещения школы. Момент вступления в брак был выбран за нулевую точку. Двойная линия между супругами показывает близкие взаимоотношения. На втором и четвертом году брака рождаются дети. Тройная линия между матерью и новорожденными отражает очень близкие взаимоотношения ребенка с матерью, нормальные для этого возраста. И до десятого года брака семья представляет собой хорошо функционирующую систему. Вначале этого года муж терпит крупную профессиональную неудачу, становится депрессивным, замыкается в себе, все больше отдаляясь от детей, особенно от младшего сына. Начинаются серьезные конфликты между супругами. Отношения матери и сына опять становятся чрезмерно близкими, “запутанными”, что для детей такого возраста уже является проблемой. Вскоре мальчику исполняется семь лет, ему пора идти в школу, но он отказывается, так как это повлечет за собой увеличение дистанции между ним и матерью, что, возможно, в этот трудный для семьи период интуитивно расценивается как опасность для них обоих. Отказ мальчика посещать школу приводит семью к специалисту и, может быть, адресован также его отцу, который должен отложить в сторону свои неприятности и помочь матери и сыну.

3.2. ИНТЕРВЬЮ ПО ГЕНОГРАММЕ

Сбор информации о семейной истории обычно проходит в контексте общего семейного интервью, и терапевт не может игнорировать проблему, с которой пришла семья. Поэтому конструирование генограммы должно быть частью более широкой задачи присоединения и помощи семье. Проводя интервью, терапевт двигается от представленной проблемы к более широкому семейному и социальному контексту; от настоящей семейной ситуации — к исторической хронологии семейных событий; от легких вопросов — к трудным, провоцирующим тревогу; от очевидных фактов — к суждениям о взаимоотношениях и далее, к циркулярным гипотезам о семейном функционировании.

Терапевт собирает информацию:

1) *О составе семьи* (Кто живет вместе в вашем доме? В каких они родственных отношениях? Были ли у супругов другие браки? Есть ли от них дети? Где живут остальные члены семьи?).

2) *Демографическую информацию о семье* (имена, пол, возраст, сколько лет в браке, род занятий и образование членов семьи и т.д.).

3) *О настоящем состоянии проблемы* (Кто из членов семьи знает о проблеме? Как каждый из них видит ее и как реагирует на нее? Имеет ли кто-нибудь в семье подобные проблемы?).

4) *Об истории развития проблемы* (Когда проблема возникла? Кто ее заметил первым? Кто думает о ней как о серьезной проблеме, а кто склонен не придавать ей особого значения? Какие попытки решений были предприняты и кем? Обращалась ли семья раньше к специалистам и были ли случаи госпитализации? В чем изменились взаимоотношения в семье по сравнению с тем, какими они были до кризиса? Считают ли члены семьи, что проблема изменяется? В каком направлении? К лучшему или к худшему? Что случится в семье, если кризис будет продолжаться? Как они представляют себе взаимоотношения в будущем?).

5) *О недавних событиях и переходах в жизненном цикле семьи* (рождения, смерти, браки, разводы, переезды, проблемы с работой, болезни членов семьи и т.д.).

6) *О реакциях семьи на важные события семейной истории* (Какова была реакция семьи, когда родился определенный ребенок? В честь кого он был назван? Когда и почему семья переехала в этот город? Кто тяжелее всего пережил смерть этого члена семьи? Кто перенес легче? Кто организовывал похороны?). Оценка прошлых способов адаптации, особенно реорганизаций семьи после потерь и других критических переходов дает важные ключи к пониманию семейных правил, ожиданий и паттернов реагирования.

7) *О родительских семьях каждого из супругов* (Живы ли ваши родители? Если умерли, то когда и отчего? Если живы, то чем занимаются? На пенсии или работают? Разведены ли они? Были ли у них другие браки? Когда ваши родители встретились? Когда они поженились? Есть ли у вас братья или сестры? Старшие или младшие и какова разница в возрасте? Чем занимаются, состоят ли в браке, есть ли у них дети?) Терапевт может задавать такие же вопросы и про родителей отца и матери. Целью является сбор информации по крайней мере о 3—4 поколениях, включая поколение идентифицированного пациента. Важной информацией являются сведения о приемных детях, выкидышах, абортах, рано умерших детях.

8) *О других значимых для семьи людях* (друзьях, коллегах по работе, учителях, врачах и т.д.).

9) *О семейных взаимоотношениях* (Есть ли какие-либо члены семьи, которые прервали взаимоотношения друг с другом? Есть ли кто-нибудь, кто находится в серьезном конфликте? Какие члены семьи очень близки друг другу? Кому в семье этот человек доверяет больше всего? Все супружеские пары имеют некоторые трудности и иногда конфликтуют. Какие типы несогласия есть в вашей паре? У ваших родителей? В браках ваших братьев и сестер? Как каждый из супругов ладит с каждым ребенком?) Терапевт может задавать специальные циркулярные вопросы (см. параграф 3.4). Например, он может спросить у мужа: "Как вы думаете, насколько близки были ваша мать и ваш старший брат?" — и затем поинтересоваться, что думает об этом его жена. Иногда полезно спрашивать, как присутствующие на встрече люди были бы охарактеризованы другими членами семьи: "Как ваш отец описал бы вас, когда вам было тринадцать лет, что соответствует возрасту вашего сына сейчас?". Такие циркулярные вопросы задают для того, чтобы обнаружить различия во взаимоотношениях с разными членами семьи. Обнаруживая отличающееся восприятие у разных членов семьи, терапевт попутно вводит новую информацию в систему, обогащая семью новыми взглядами на саму себя.

10) *О семейных ролях* (Кто из членов семьи любит проявлять заботу о других? А кто любит, когда о нем много заботятся? Кто в семье выглядит волевым человеком? Кто самый авторитетный? Кто из детей наиболее послушен? Кому сопутствует успех? Кто постоянно терпит неудачи? Кто кажется теплым? Холодным? Дистанцированным? Кто больше всех болеет в семье?) Терапевту важно обращать внимание на ярлыки и клички, которые члены семьи дают друг другу (Супер-мать, Железная Леди, Домашний Тиран и т.д.). Они являются важными ключами к эмоциональным паттернам в семейной системе.

11) *О трудных для семьи темах* (Имеет ли кто-нибудь из членов вашей семьи серьезные медицинские или психиатрические проблемы? Проблемы, связанные с физическим или сексуальным насилием? Употребляют ли наркотики? Много алкоголя? Когда-либо были арестованы? За что? Каков их статус сейчас?). Обсуждение этих тем может быть болезненным для членов семьи, и поэтому вопросы следует задавать особенно тактично и

осторожно. И если семья выражает сильное сопротивление, то терапевт должен отступить и вернуться к ним позднее.

В то время как основная информация по генограмме может быть собрана за полчаса (без детального опроса по проблеме), всесторонний сбор семейной истории от нескольких членов семьи может потребовать нескольких встреч. Терапевт может проделать такую работу, предварительно мотивировав на нее семью и заключив с ними соответствующий контракт. Более распространенным является первоначальное получение основной информации о семейной истории и возвращение к ней время от времени, когда в разговоре всплывает "исторический материал".

Когда семья приходит с проблемой, она часто имеет собственную точку зрения на ее природу. Как правило, это ригидный, несистемный взгляд, основанный на вере, что только один человек — носитель симптомов нуждается в изменении. Любые попытки двигаться непосредственно в другие проблемные зоны семьи часто блокируются яростным их отрицанием. Вопросы по генограмме позволяют проникнуть в сердце семейного опыта (рождения, смерть, болезни и интенсивность взаимоотношений) относительно безопасным и безболезненным для семьи способом и разблокировать важные темы. Терапевт просто интересуется жизнью семьи, никого ни в чем не обвиняя. Наоборот, такая информация может помочь терапевту переопределить события в семье, представив их как естественный ход событий. "Обычно два младших ребенка, которые женятся, склонны ожидать от партнера повышенной заботы о них. Как это происходит с вами?"; "Часто женитьба детей и их уход из семьи тяжело переживается родителями. Были ли в этот период в вашей семье какие-либо трудности?" Используя данные генограммы, терапевт может помочь членам семьи преодолеть негативное восприятие друг друга. Мастером таких переопределений был Мюррэй Боуэн:

"*Клиент:* Моя мать была очень доминантной женщиной, она никогда не хотела расставаться с тем, чем владела, включая меня.

Боуэн: Ну, если вы единственный ребенок, то что можно предсказать? Часто во взаимоотношениях, подобных этим, люди довольно точно знают, что думает другой... Другими словами, вы описываете не слишком необычный тип интенсивных взаимоотношений между матерью и единственным сыном, особенно если мать не имеет мужа, а ваша мать была одинока. Как бы вы охарактеризовали взаимоотношения вашей матери с ее матерью?" [Цит. по McGoldric & Gerson, 1985].

Кроме неоценимой помощи в построении терапевтических гипотез, интервью по генограмме позволяет терапевту устанавливать раппорт с членами семьи. Интересно, что Роджерс и Даркин (1984) обнаружили, что большинство пациентов после такого двадцатиминутного опроса чувствовали, что подобное интервью может улучшить их отношения с врачом и медицинское лечение. Опрос по генограмме сфокусирован не только на проблемах и трудностях семьи. Он высвечивает также успехи ее членов и способы, с помощью которых они уже справились с другими проблемами.

3.3. ПРОСЛЕЖИВАНИЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЕЙ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Системный терапевт, ориентированный на исследование циркулярных петель, в которых застревает семья, будет определенным образом выстраивать опрос семьи. С. Минухин (1974) предлагает специальную технику терапевтического интервью, которую он называет техникой *прослеживания* (Tracking).

Техника прослеживания используется для того, чтобы обнаружить специфический паттерн поведения, мышления или чувствования в системном контексте. Терапевт хочет точно изучить, что происходит от начала и до конца последовательности.

Минухин (1974) отмечает: "Терапевт следует содержанию семейных коммуникаций и поведения и поощряет их продолжать. *Он подобен иголке, следующей по желобу в записывающем устройстве*. В наиболее простой форме прослеживание представляет со-

бой проясняющие вопросы, одобрительные комментарии или выяснение подробностей. Терапевт не бросает вызова тому, что говорится. Он определяет свою позицию как заинтересованную. Операция прослеживания является типичной для терапевта, не навязывающего свое мнение. Скупое "гм"; утверждения, подсказывающие продолжение беседы; повторение того, что сказал собеседник; демонстрация интереса и вопрос для выяснения содержания — все это способы, которыми психодинамический и недирективный терапевты контролируют направление и течение коммуникаций".

Системный терапевт держится несколько более активно. Он может спросить: "Кто первым сделает что-либо в этой ситуации? Что затем сделает (ют) другой (другие)? Что тогда сделает первый? Как на это ответит другой? Что другие члены семьи сделают, пока это происходит?" Он избегает вопросов "почему?", провоцирующих рационализацию и сопротивление, и больше интересуется тем, *"как это происходит"* и *"каковы последствия этого поведения".* Терапевт продолжает до тех пор, пока не выйдет наружу вся последовательность событий, относящихся к симптоматическому поведению или жалобе, пока не будет определен конечный результат и последовательность не начнется снова. Последовательность образует петлю самоподкрепляющей обратной связи. Теперь терапевт может наблюдать, как каждый член семьи ведет себя, поддерживая повторяющийся паттерн, на который семья жалуется как на симптом. Он задает вопросы в безоценочной манере, просто интересуется, что семья делает. Так как терапевт изучает семейный язык, то вопросы формулируются в понятиях метафор самой семьи.

Он может также попросить клиентов разыграть определенное событие, обратиться к родителям: "Не могли бы вы сесть и присоединиться к вашим детям в их игре в куклы".

Терапевт использует эти данные, создавая свои собственные гипотезы, а также организует их в некоторую форму обратной связи: "Итак, это ваша работа — устанавливать мир между родителями? Как вы думаете, как долго они будут нуждаться в вас как в миротворце?"

Обратная связь обычно переопределяет в позитивных понятиях каждую личность и систему, создавая атмосферу сотрудничества. Кроме того, обратная связь помогает членам семьи увидеть то, что они делают, и стимулирует их на изменение. Таким образом, помимо диагностического средства эта техника является важнейшим элементом в процессе присоединения к семье и мягкого руководства ею в направлении нового поведения [Minuchin & Fishman, 1981; Aponte & Van Deusen, 1981].

3.4. ЦИРКУЛЯРНОЕ ИНТЕРВЬЮ МИЛАНСКОЙ ШКОЛЫ. АКЦЕНТ НА РАЗЛИЧИЯХ

Семейные терапевты миланской школы (М. Палаззоли, Л. Босколо, Дж. Чеччин и Дж. Прата) также используют технологию прослеживания коммуникаций, делая особый акцент на обнаружении различий между членами семьи. Согласно Г. Бейтсону, информация есть различия, а различия отражают позиции в отношениях [Bateson G., 1973].

Опознавание различий определяет взаимоотношения между тем, что сравнивается. Взаимоотношения в этом смысле подразумевают взаимность. Если мать имеет больше возможностей делать то, что она хочет, тогда отец — меньше. Взаимность, опять же, подразумевает циркулярность.

Предпочтение циркулярности влияет на стиль терапевтического интервью. Терапевты миланской школы используют особый тип вопросов — циркулярные вопросы. Задавая те или иные виды вопросов, терапевт фактически обнаруживает свою ориентацию и получает данные, соответствующие ей по характеру. Так, вопрос "Является ли мама несчастной?" исследует описательные характеристики и является скорее линейным, тогда как вопросы, исследующие различия, — "Кто первым заметил проблему?" и, следовательно, определил ситуацию как проблемную и "Кто больше всех расстраивается в этой ситуации?" — скорее будут циркулярными.

> “Знать о том, является ли отец нежным и любящим, менее полезно, чем знать, есть ли разница в его привязанности к кому-то сейчас по сравнению с тем, что было раньше; или существует ли различие в его привязанности к дочери и жене” [Tomm K., 1981].

Построение интервью вокруг различий является одним из наиболее значительных вкладов миланской группы в усовершенствование техники семейного консультирования. Ориентируя опрос вокруг различий, терапевт извлекает более релевантные данные и делает это более эффективно, чем с помощью линейных описаний.

Можно выделить следующие *типы различий:*

а) различия между индивидуальностями (“Кто злится больше всего?”);

б) различия во взаимоотношениях (“В чем разница между способом, которым мама общается с Катей, по сравнению с тем, как она обходится с Колей?”);

в) различия во времени (“Как она общалась с ним в прошлом году по сравнению с тем, как общается сейчас?”) и их различные комбинации.

Задавая циркулярные вопросы, терапевт активно использует категории, проясняющие различия: больше/меньше, ближе/дальше, чаще/реже, хуже/лучше и т.д. (“Кто из членов семьи лучше всего понимает маму?”, “Становятся ли родители ближе друг к другу, когда Коля плохо себя ведет?”; “Чаще ли отец бывает дома, когда Павлик ворует?” “Ссоры между братом и сестрой реже случаются, когда родители дома или когда их нет?”).

Циркулярные вопросы — особенно полезный способ интервьюирования, если терапевт хочет получить непредвзятую информацию о взаимодействиях в семье и не стать жертвой навязываемого ему семейного мифа. Прослеживая циркулярные последовательности взаимодействий, терапевт, во-первых, обычно заменяет глагол “чувствовать” глаголом “делать”, а во-вторых, задает вопрос не самим участникам событий, а кому-то третьему: “Что сделает Борис, когда, придя домой, увидит, что его жена расстроена?”. Чтобы высветить различия в разного рода отношениях между членами семьи, терапевт может попросить кого-нибудь из них прокомментировать, как он видит отношения между двумя другими, например, мать могут спросить, как она видит отношения между отцом и одним из детей. Потом терапевт задает тот же самый вопрос отцу по поводу отношения матери с другим ребенком и т.д. Эти триадические вопросы представляются очень эффективными, они обеспечивают более ясной информацией о паттернах взаимоотношений и помогают преодолеть сопротивление. Они ведут к нарушению “золотого правила”, обычно действующего в симптоматических семьях, а именно, запрета на вербализованную метакоммуникацию.

Другой тип циркулярного вопроса использует сослагательное наклонение “если бы”. “Если бы отец был здесь, то что бы он ответил на этот вопрос?”; “Если бы мама так самоотверженно не пыталась помочь дочке, было ли бы у нее больше времени для контактов с мужем?”, “Кто больше всего страдал бы в семье, если бы сын уехал учиться в другой город?”, “Если бы мы не говорили о проблеме твоего брата, то о чем бы нам стоило здесь поговорить?” и т.д. Последний вопрос вскрывает другие важные темы в семье, кроме проблемы идентифицированного пациента. Часто на этот вопрос кто-нибудь из членов семьи скажет, например, что родители совсем не разговаривают друг с другом, если не обсуждают проблему ребенка, или что другой член семьи совсем забыт на фоне помощи кому-то еще.

Еще один вид циркулярного вопроса — так называемый вопрос, “читающий мысли”: кого-то из членов семьи спрашивают, что, по его мнению, думает об этом другой член семьи. То есть вопрос задается не прямо, а через мнение кого-то еще.

Задавая циркулярные вопросы, терапевт обращает особое внимание на невербальное поведение членов семьи, так как оно может дать важный ключ к пониманию того, задевает ли данный вопрос деликатную область на семейной карте. Если это так, терапевт задает дополнительные специфические вопросы об определенной области, что может быть входом в систему для раскрытия семейных секретов и скрытых коалиций.

Циркулярные вопросы не только собирают данные о семье, но и вводят в систему новую информацию о ней самой. Природа задаваемых вопросов позволяет членам семьи осознавать последствия своего поведения. Создавая новые связи, процесс циркулярного интервьюирования позволяет семье "открыть" новую реальность в своих отношениях, что запускает изменения в системе верований семьи.

3.5. ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРЫ СЕМЬИ. СИСТЕМНЫЙ СЕМЕЙНЫЙ ТЕСТ ГЕРИНГА. АНКЕТА "СЕМЕЙНЫЕ РОЛИ"

Несмотря на то, что системное описание структуры семейных отношений является значительным шагом на пути к формированию психотерапевтом адекватных стратегий разрешения проблем, в настоящее время существует довольно мало психометрических валидизированных инструментов, которые могли бы использоваться в клинической практике. Существующие на сегодняшний день семейные тесты в основном требуют очень много времени и, как правило, ограничены возможностью их применения к испытуемым школьного возраста и старше. Кроме того, с их помощью мы можем получить только отдельные картины либо семьи в целом, либо отдельной диады.

Одной из первых попыток операционализации системной семейной теории и создания диагностических инструментов, удобных для практики, была циркулярная модель Олсона (см. параграф 2.1.2). На основе этой модели был разработан ряд опросников и клинических шкал (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales — FACES 1,2,3 и другие) [Olson, 1979].

Другое направление оценки семейной системы опирается на ее пространственную репрезентацию. Социометрический тест Дж.Л. Морено был одним из первых методов, направленных на изучение структуры групп [Moreno, 1951; Лейтц, 1994]. Имеются сообщения о применении некоторых вариантов этого метода в семейной терапии в России [Эйдемиллер, 1994]. В отечественной психологической практике хорошо известен графический тест "Рисунок семьи" [Хоментаускас, 1986; Захаров, 1988; Лосева, 1995 и др.]. В работе с семейными проблемами широко используется техника "семейной скульптуры", пришедшая из психодрамы. Членов семьи просят с помощью телесной метафоры изобразить структуру взаимоотношений в их доме. Однако эта техника требует специального мотивирования членов семьи и может спровоцировать очень сильные эмоции. По нашему опыту, она более эффективна тогда, когда терапевт уже сам в какой-то степени разобрался в семейной структуре и хочет дать семье обратную связь. Помогая людям принять определенные метафорические позы, он может мягко открыть семье ее организацию. Изучая структуру семейных взаимоотношений, терапевт отмечает, как члены семьи спонтанно расселились в его кабинете, как они распределяются по комнатам в их квартире, кто с кем сидит за обеденным столом и т.д. (см. раздел 3.6).

Существует класс техник с применением замещающих фигур для членов семьи. Эти методики уже в значительной степени стандартизованы. Эмоциональная близость между членами семьи представлена здесь как дистанция между фигурами. Большое количество исследований, проведенных с отдельными членами семьи, подтвердили, что этот показатель точно отражает восприятие пациентами отношений в семье. Наиболее удачной методикой данного класса, на наш взгляд, является *Системный Семейный Тест (FAST)*, разработанный и валидизированный Герингом [Gehring, 1993].

FAST представляет собой методику, основанную на структурной системной семейной теории и предназначенную для исследований и психотерапевтической практики. Тестовый материал состоит из доски, разделенной на 81 квадрат (9 X 9), женских и мужских фигурок, а также цилиндрических блоков высотой 1,5; 3 и 4,5 см. На фигурках условно нанесены точками глаза. Внешний вид FAST изображен на рисунке в приложении 2.

Расстояние между фигурками на доске отражает степень сплоченности семьи и отдельных ее подсистем. Высота фигурок, регулируемая с помощью цилиндрических блоков,

показывает семейную иерархию. Направление взгляда фигур является дополнительным качественным параметром, отражающим нюансы взаимоотношений членов семьи.

Системный семейный тест Геринга может проводиться индивидуально с одним или несколькими членами семьи или с семейной группой одновременно (групповой вариант). Значительная разница в восприятии членами семьи их семейной структуры является одним из показателей семейной дисфункции и затрудняет кооперацию в семье [Palazzoli, 1986].

Существуют три различные репрезентации теста, отражающие *типичную* структуру семьи, ситуацию в семье в момент *конфликта* и *идеальное* распределение близости и иерархии, которое иногда бывает в семье или желательно. Изменение расположения фигурок на доске от одной репрезентации к другой показывает степень гибкости семейной системы. (См. изображение различных репрезентаций FAST в главе 5, случаи семьи Г.)

Анализ и интерпретация теста проводится относительно всей семьи в целом и двух ее подсистем по отдельности — супружеской и детской. Существуют нормы относительно уровня сплоченности и иерархии, разработанные на примере американских и западноевропейских семей. Различают низкий, средний и высокий уровень этих параметров. В соответствии с ними определяется сбалансированность подсистем и семьи в целом (см. приложение 3). Помимо этого, тест отражает наличие таких структурных нарушений, как перевернутая иерархия (высота фигурки ребенка равна или выше фигурки одного или обоих родителей) и межпоколенные коалиции (расстояние между фигурками родителей больше, чем между ребенком и одним из родителей). Герингом и его коллегами проведены исследования, которые показали, что семьям, имеющим серьезные проблемы, соответствуют значительно менее сбалансированные семейные структуры и многочисленные структурные нарушения [Gehring, 1993].

Для дополнительного исследования взаимоотношений в семье в тесте имеются фигурки трех цветов, с помощью которых испытуемый может подчеркнуть разницу в поведении и характере разных членов семьи.

Процедура проведения FAST состоит из четырех частей:

1. Сбор краткого анамнеза о семье (количество членов семьи, их возраст, социальный статус, страдали ли они психическими расстройствами и другими хроническими заболеваниями, были ли случаи госпитализации и т.д.)
2. Фиксация семейных репрезентаций одного испытуемого или всей семьи, как в групповом варианте. Экспериментатор на специальном бланке отражает расстановку фигур в типичной, конфликтной и идеальной семейных ситуациях.
3. Фиксация наблюдений за поведением испытуемого во время проведения теста (с чьей фигуры начал, что вызывало колебания, спонтанные замечания и т.д.).
4. Интервью после каждой репрезентации (см. приложение 4).

Системный семейный тест Геринга можно проводить со взрослыми и детьми от шести лет. Он не занимает много времени (20 — 30 минут на одного испытуемого) и обеспечивает терапевта большим количеством гипотез о семейной системе. Кроме того, он представляет собой удобный повод для групповой дискуссии с семьей о взаимоотношениях между ее членами и желаемых изменениях.

Другой методикой, направленной на выявление ролевой структуры семьи, является *анкета "Семейные роли"* (см. приложение 5). Анкета является авторской модификацией психотерапевтической техники "Ролевая карточная игра" [Р. Шерман, Н. Фредман, 1997] и помогает определить вклад каждого члена семьи в организацию совместной жизни (роли-обязанности), а также типичные варианты поведения в конфликтных ситуациях (роли взаимодействия). Кроме того, анкета позволяет косвенно оценить статус членов семьи и степень их влияния на принятие семейных решений.

Инструкция: Впишите имена членов Вашей семьи и отметьте количеством звездочек, насколько перечисленные роли характерны для каждого из них.

*** — его (ее) постоянная роль;

** — довольно часто он (она) это делает;
* — иногда это относится к нему.

Некоторые из упомянутых ролей не свойственны Вашей семье или никогда не исполняются тем или иным ее членом; в этом случае оставьте графу пустой. Возможно, в Вашей семье есть свои уникальные роли, отсутствующие в общем списке, — допишите их.

Затем среди *всего* списка выделите три роли, которые Вы считаете наиболее важными для жизни семьи" [Черников А.В., 2001].

Члены семьи, которые чаще других играют важные роли, как правило, обладают большей властью в семье. Методику можно проводить индивидуально или со всей семьей в целом. Она очень наглядна, информативна и в групповом варианте может служить основой для обсуждения семейной ситуации и разницы в восприятии членов семьи. Недовольство членов семьи распределением функций в ней позволяет терапевту планировать переговоры. Анкета "Семейные роли" не является тестом. Она разрабатывалась прежде всего для нужд терапии и изучения субъективного восприятия членов семьи и, следовательно, меньше приспособлена для сравнительного изучения семей. Анкета обычно не вызывает сопротивления, легко встраивается в обсуждение многих семейных тем, привнося в дискуссию атмосферу юмора и шуток.

3.6. ОЦЕНОЧНОЕ ИНТЕРВЬЮ КАК ДИАГНОСТИКО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЭКСПЕРИМЕНТ

Семейные терапевты различных направлений по-разному проводят диагностическую фазу и делают разные акценты при сборе информации. Разрабатывая собственный вариант диагностического интервью в соответствии с интегративной моделью, автор стремился к тому, чтобы оно отражало разные аспекты семейной системы и помогало терапевту создавать целостный образ семьи. Оценочное интервью должно давать возможность терапевту получать информацию о семейной структуре, взаимодействиях, исторических корнях семьи и задачах жизненного цикла, с которыми семья не справляется в данный момент. Результатом интервью для терапевта должен быть ряд циркулярных гипотез о семье, на основе которых он может планировать создание необходимых условий для решения проблемы. Для семьи хорошим итогом первых встреч является совместно разработанный контракт на дальнейшую работу, усиление мотивации и вовлечение в терапию именно с этим специалистом, а также появление надежды на успех. Первое интервью может стимулировать семью к началу изменений, и прежде всего изменить их взгляд на проблемы, когда терапевт переформулирует их. (Переопределение проблемного поведения часто происходит в том случае, когда становится ясным, что в семье оно выполняет определенные функции. Терапевт объясняет, что оно исчезнет, когда эти задачи будут решаться другими средствами).

Диагностическое интервью, представленное в данной книге, проводится в соответствии с идеями интегративной модели и является модификацией первой встречи с семьей Джея Хейли [Haley, 1976]. Оно состоит из трех стадий:

1) Социальная стадия. (Терапевт знакомится и устанавливает первоначальный контакт с каждым членом семьи, строит упрощенную генограмму семьи).

2) Проблемная стадия. (Терапевт расспрашивает семью о ее проблемах и пожеланиях).

а) выяснение точки зрения каждого на проблемы семьи;
б) групповая дискуссия членов семьи;
в) выяснение подробностей проблемы.

3) Стадия определения целей терапии и заключения терапевтического контракта.

Как показывает опыт, такое деление оценочной сессии является удобным и помогает структурировать терапевтический процесс. Для большинства типов семей интервью может легко переходить от стадии к стадии. Рассмотрим более подробно задачи, встающие перед терапевтом на каждой стадии оценочного интервью.

1) Социальная стадия

На всех стадиях интервью важно, чтобы *все* присутствующие члены семьи были вовлечены в общую работу, особенно это касается социальной стадии, на которой терапевт должен установить контакт с каждым членом семьи и начать формировать терапевтические отношения.

Когда члены семьи входят в кабинет терапевта важно, чтобы они имели возможность расположиться в нем спонтанно, так, как каждый из них хочет. Порядок, в котором они садятся, представляет собой своеобразный мини-тест на структуру семьи и может быть использован при построении терапевтических гипотез. Перечислим некоторые типичные варианты рассаживания:

- мать может сесть среди детей, а отец на краю группы, что, возможно, отражает его роль в семье;
- родители сидят отдельно от детей;
- родители и старший ребенок вместе, а проблемный младший — изолированно;
- мужчины сидят рядом, а женщины отдельно от мужчин, что может свидетельствовать о дифференциации в семье по половому признаку;
- проблемный ребенок сидит между родителями, что, возможно, отражает его связующую функцию в их браке;
- бабушка сидит между мамой и детьми, вероятно, регулируя их взаимоотношения, и т.д.

Обычно в начале встречи терапевт представляется и просит всех назвать свое имя. При этом лучше, если терапевт получит ответ от каждого члена семьи, начиная таким образом определять терапевтические взаимоотношения как ситуацию, в которую вовлекаются все, и индивидуальный ответ каждого члена семьи имеет значение.

Далее терапевт задает "социальные" вопросы про семью, одновременно используя техники присоединения и установления контакта с членами семьи. Терапевт спрашивает, кто живет в их доме и, соответственно, все ли присутствуют на сессии; каковы возраст членов семьи, стаж брака, профессиональные занятия; учатся ли дети в школе и чем они увлекаются и т.д.

Проводя интервью с семьями, полезно уже на социальной стадии составлять упрощенную генограмму трех поколений семьи, дополняя ее потом в ходе терапии. Обычно чертится схема родственных связей и выясняется возраст, стаж в браке, образование и род занятий членов семьи, где они проживают, а также состояли ли супруги в других браках и есть ли от них дети. Это занимает несколько минут и не встречает сопротивления у членов семьи, потому что воспринимается как процедура знакомства терапевта с семьей. Получение этой информации уже в самом начале работы помогает терапевту понять, кто может участвовать в конфликте и какие области семейной системы необходимо исследовать более подробно.

Кроме того, важно выяснить, с кем и в какой квартире живут члены семьи и как они распределяются по комнатам. Встречаются, например, случаи, когда ребенок спит вместе с матерью в одной комнате, а отец — в другой. Отметив для себя проблемную зону (если она есть), терапевт может вернуться к ней на проблемной стадии, предложив семье более подробно обсудить эту тему, например, использовав графический прием "План квартиры" [В.К. Лосева, А.И. Луньков, 1995]. Это дает возможность оценить коалиционную структуру в семье и меру контроля и власти, которыми обладает тот или иной член семьи, и, кроме того, иногда позволяет сформулировать очень конкретные домашние задания, связанные с перепланировкой мебели, изоляцией или совмещением психологических пространств.

Сальвадор Минухин (1974) описывает три техники присоединения к семье, помогающие устанавливать с ней терапевтические отношения. Это "прослеживание" (Tracking), "имитирование" (Mimicry) и "поддержка" (Support). "Следуя" за членами семьи, он старается воспринять важные для них темы и откликнуться на них, задавая дополнительные вопросы. Например, муж отзывается о своей работе с чувством удовлетворения. Тогда терапевт может присоединиться к этому чувству, спросив, что особенно привле-

кает его в этой работе. Терапевт проявляет эмпатию, отражая не только позитивные чувства клиентов, но и негативные. Таким образом, техника "прослеживания" используется не только для диагностических целей, но и как средство достижения контакта с семьей (сравните с параграфом 3.3).

Здесь существует определенная сложность, так как на этой стадии терапевт должен сам удерживаться от обсуждения семейных проблем, послуживших поводом для обращения, и останавливать в этом клиентов, пока не будут получены "социальные" ответы от всех членов семьи и контакт с каждым из них не будет установлен. Существенное различие между индивидуальной и семейной терапией состоит в том, что, работая с семьей, терапевт вынужден больше структурировать сессию, выступая режиссером взаимодействий у себя в кабинете.

Под "имитированием" Минухин подразумевает приспособление к семейному стилю и различным подсистемам внутри семьи. Терапевт будет говорить с людьми, имеющими высшее образование, иначе, чем с людьми с минимальным образованием; с маленькими детьми по-другому, чем со взрослыми членами семьи. При работе с некоторыми семьями использование неформальных форм обращения почти сразу создаст атмосферу непринужденности, а при взаимодействии с другими — вызовет противоположный эффект, поскольку будет противоречить их ожиданиям.

Третий термин — "поддержка" — определить труднее всего; она выражается во внимательном слушании, эмпатических репликах, проявлении интереса, задавании дополнительных вопросов и позитивном переопределении роли члена семьи и семьи в целом.

Опыт показывает, что уже на социальной стадии интервью, еще до вопросов о том, что привело к нему семью, семейному терапевту необходимо активно собирать информацию о проблемных зонах семьи, используя наблюдение.

Терапевт должен отметить то настроение, с которым члены семьи входят к нему в кабинет. Он наблюдает взаимоотношения между родителями. Когда проблемой является ребенок, родители часто бывают не согласны в том, что с ним делать. Иногда они обнаруживают свое несогласие сразу, а порой в начале работы демонстрируют единство. Терапевт отмечает также, кто из взрослых пришел к нему неохотно.

Терапевт наблюдает, как ведут себя родители с ребенком. Дисциплинируют ли они детей или позволяют им спонтанно взаимодействовать друг с другом? Излишне опекают ребенка, отвечают на вопросы за него или не взаимодействуют с ним, а только говорят о том, что следовало бы с ним сделать и т.д.

Поведение ребенка по отношению к терапевту может указывать на то, что семья ожидает от терапии. Если ребенок боится терапевта, это может свидетельствовать о том, что он думает, будто находится здесь для наказания или что его здесь оставят. Часто подросток узнает о встрече с психологом за час до визита. Хорошим способом установления контакта с ним может быть разговор об этом и эмпатическое понимание его чувств.

Для терапевта важно отмечать, кто в семье пытается привлечь его на свою сторону даже на этой стадии знакомства. Если один из членов семьи слишком дистантен, то, может быть, потребуется больше усилий для его вовлечения в работу. Если один из родителей навязывает себя слишком часто, терапевту может быть трудно сохранять нейтральную позицию и не вступать с ним в коалицию в течение сессии. Если родители смотрят на ребенка с раздраженным видом, а затем обращаются к терапевту, — возможно, они приглашают терапевта объединиться с ними против проблемного ребенка, продолжая формировать стереотип козла отпущения.

2) Проблемная стадия

Проблемная стадия начинается тогда, когда терапевт задает вопрос о причине прихода на консультацию и просит обрисовать проблему. Опрос о проблемах семьи имеет два важных аспекта:

а) *кого* терапевт спрашивает о проблеме;

б) *как* он это делает.

Когда терапевт переходит к проблемной стадии, он может обращаться к семье как к группе или вести разговор с каждым членом семьи поочередно. Оба способа важны и служат определенной цели. Терапевт всегда находится перед дилеммой: с одной стороны, ему важно дать возможность высказать свою точку зрения каждому члену семьи, но, с другой стороны, ему также важно не передать семье управление встречей и выяснить все, что его интересует.

Когда семья обращается с проблемой ребенка, как правило, существует следующий треугольник. В семье есть идентифицированный пациент, то есть носитель симптомов; кроме того, есть человек, который был настолько озабочен проблемой, что выступил инициатором обращения и привел семью к специалисту. Как правило, он(а) уже пытался самостоятельно ее решить и является "авторитетом" в этой проблеме. Довольно часто в этой роли выступает мать ребенка. Кроме них, есть еще человек, менее вовлеченный в решение проблемы (периферический участник проблемы). Часто он не вполне согласен, что ситуация требует специального внимания, и приходит на встречу с психологом неохотно. В этой роли, как правило, выступает отец ребенка. (В неполной семье этот треугольник состоит из матери, ребенка и бабушки, проживающих вместе.)

Приход на консультацию всей семьи сразу довольно необычен для отечественной психотерапевтической практики. Как правило, семью необходимо для этого серьезно мотивировать. Когда приходят оба родителя с проблемным ребенком без предварительной договоренности о совместной встрече, это, возможно, отражает структуру семьи, в которой есть два "авторитета в проблеме", не согласные в том, что надо делать. Терапевту стоит рассмотреть гипотезу о том, что проблемное поведение ребенка отражает противоречивые требования и соперничество родителей. Или, возможно, второй родитель пришел на консультацию по каким-то своим соображениям, не связанным с проблемой этого ребенка.

Другое важное измерение, которое терапевт должен учитывать, — это семейная иерархия. Чтобы получить "мандат" на работу семьей, терапевту необходимо заручиться согласием наиболее авторитетного члена семьи, иначе семья больше не придет, как бы эффективно он ни работал с идентифицированным пациентом.

Возвращаясь к вопросу о том, кого начинать спрашивать о проблеме, необходимо учесть, что наиболее заинтересованный член семьи является, как правило, наиболее ограниченным в возможностях ее решения. Кроме того, если семейный авторитет в проблеме выскажется первым и надолго захватит общее внимание, то после него другим членам семьи будет трудно что-то добавить. "Рекомендуется первым спрашивать взрослого, который кажется менее вовлеченным в проблему, а к личности обладающей наибольшей властью для того, чтобы привести семью на терапию, обращаются с особой заинтересованностью и уважением" [Haley, 1976]. Некоторые терапевты [Pittman, 1987] иногда любят начинать с наименее вовлеченного ребенка и спрашивать его, почему семья здесь собралась. Наименее вовлеченный ребенок сидит, как правило, дальше всего от группы и кажется, что происходящее касается его меньше всего. Интересно, что такой ребенок, если ему к тому же довольно мало лет, может сразу высказать самую суть проблем, да еще в форме, совершенно неожиданной для взрослых.

Терапевт должен быть в ответе за то, что происходит на приеме. Если семья определяет сессию, то все будет продолжаться как прежде, без изменений. Если терапевт слушает только одного из родителей и позволяет ему отнимать время у другого, то он дает понять, что важны слова только этого человека. На проблемной стадии терапевт не должен допускать дискуссии, пока не высказались все члены семьи. С проблемным ребенком, как правило, лучше говорить последним. Для облегчения контакта с ним терапевт может подвинуть свой стул ближе к ребенку. Если до этого уже высказались его братья или сестры, то идентифицированному пациенту легче выразить свою точку зрения.

Терапевт выслушивает позицию каждого члена семьи без комментариев, интерпретаций и на этой стадии не старается, чтобы члены семьи по-другому отнеслись к своим про-

блемам. Он может задавать некоторые уточняющие вопросы, но в этой точке интервью важно прежде всего получить версии о проблеме самих членов семьи. Проблемную стадию оценочного интервью мы предлагаем разделять на три этапа, каждому из которых соответствует свой способ получения информации.

а) Выявление точки зрения каждого на проблемы семьи

Этот этап мы уже описали выше. Отметим лишь, что, выслушивая мнения членов семьи о проблеме, терапевт может отнестись к ним как к метафорам, аналогиям других проблемных зон и отношений в семье. Любые взаимоотношения являются частью других отношений. "Довольно часто родитель, наиболее заинтересованный в проблемах ребенка, детерминирован вовлечением в отношения со своими родителями или с родителями партнера по браку. Так, мать, которая конкурирует со своей матерью по поводу воспитания ребенка, будет исключительно заинтересована в его поведении, так как это является частью ее спора со старшим поколением. Точно так же отец, который доказывает своему отцу, как надо воспитывать сына, может оказаться наиболее вовлеченным в проблемы ребенка" [Haley, 1976].

Терапевт старается отследить в словах членов семьи намеки и непрямые послания. Например, когда мать говорит терапевту, что ее сын упрям, она может тем самым высказываться и о своем муже. Или в словах мужа о том, что ребенок угрожает убежать из дома, может быть скрыто его опасение, что жена уйдет от него. Терапевту полезно допускать, что слова родителей о проблеме ребенка несут не только информацию о нем, но могут также метафорически отражать "трудные темы" их брака (см. параграф 2.5).

Отмечая подтекст и намеки членов семьи, терапевт не должен спешить разделять свои наблюдения с семьей, так как это вызовет у них ощущение опасности и усилит сопротивление. Он может ответить так же неопределенно и метафорически. Например, в ответ на слова отца о том, что ему трудно понять свою дочь, терапевт может сочувственно сказать, что, к сожалению, мужчинам иногда вообще трудно понять женщин, косвенно отвечая на его намек, что ему так же трудно договариваться со своей женой. Реагируя таким образом, терапевт неявно переводит фокус проблемы с дочери на взаимоотношения между супругами.

б) Групповая дискуссия членов семьи

Когда члены семьи высказали свой взгляд на проблему, обычно становится очевидным несогласие между ними и спонтанно возникает групповая дискуссия. В этой фазе терапевт отстраняется и дает возможность семье поговорить друг с другом, продолжая нести в целом ответственность за сеанс. Для терапевта это удобная возможность выйти на короткое время из системы и понаблюдать за семейными коммуникациями со стороны: как члены семьи обсуждают проблему, кто кого поддерживает, кто кого прерывает и чье слово более весомо. Это можно сравнить с естественно возникающим лабораторным экспериментом по наблюдению за реальной жизнью семьи. Иногда от терапевта требуются некоторые усилия, чтобы стимулировать дискуссию или включить в нее всех членов семьи Он может отодвинуть свой стул и прямо попросить членов семьи что-нибудь обсудить. На этом этапе терапевт может организовать какое-либо совместное взаимодействие. Полезно предложить семье групповой вариант семейного системного теста Геринга. Очень любопытно бывает сравнить совместно построенную структуру семьи с тем, как они это делают, какие вопросы вызывают несогласие и чей вариант принимается как окончательный.

в) Выяснение подробностей проблемы

В этой фазе проблемной стадии терапевт становится максимально активным. По нашему опыту, все предыдущие стадии не должны занимать более половины времени, отведенного на всю встречу, которая длится час — полтора. Терапевт уже накопил некоторую информацию, наблюдая и выслушивая членов семьи, теперь ему нужно исследовать проблему с разных сторон.

В этой фазе он использует больше закрытых вопросов, требующих короткого однозначного ответа. Он запрашивает дополнительную информацию по генограмме; прослеживает цепочки взаимодействий, поддерживающих проблему; пытается выяснить всевозможные различия в отношениях и мнениях членов семьи. В разделах 3.2 — 3.4 приведены типы вопросов и способы проведения такого интервью. Отметим только, что существует тенденция поворачиваться с вопросом к проблемному ребенку, когда того ругают родители или когда сам терапевт чувствует себя дискомфортно. Такова функция проблемных личностей в семье — получать дополнительное внимание, когда их близкие нервничают или расстроены чем-либо, и терапевт не должен подчиняться этому паттерну, ведя интервью с семьей.

3) Стадия определения целей терапии и заключения терапевтического контракта

Терапевту важно не только расспросить семью о ее проблемах, но и узнать, какие особые цели семья ставит перед собой. Что члены семьи хотят изменить в первую очередь и какие минимальные сдвиги в решении проблемы они смогут заметить. Как будет выглядеть результат, когда терапия закончится.

Заключается контракт на дальнейшую работу. Обговаривается примерное количество встреч и то, как часто они будут проходить, совместно обсуждаются и формулируются цели работы. Терапевт объясняет, как будут протекать совместные встречи, и продолжает мотивировать семью на работу с проблемами. Устанавливается также, будет ли семья приходить в полном составе или, возможно, терапевт попросит прийти только супругов или другие релевантные подсистемы. Иногда возникает необходимость организовать индивидуальные консультации с отдельными членами семьи. Варианты могут быть самые разные, но приоритет остается за совместными встречами. На этой стадии обговаривается также, кто из отсутствующих членов семьи должен прийти в следующий раз. Основное правило таково: на семейную терапию стараются пригласить всех проживающих вместе членов семьи или, по крайней мере, членов ядерной семьи. Иногда терапевт может решить, что необходимо присутствие и других людей, например, разведенного супруга или бабушки, проживающей отдельно.

Диагностическая фаза терапии должна прояснить семейную структуру и обеспечить соглашения между терапевтом и семьей о природе проблем и целях терапии. Для терапевта важно получить целостное понимание проблемы и сформулировать ее таким образом, чтобы с ней можно было работать. Подчеркивать тот факт, что причины проблемы заключаются в одном из членов семьи, неэффективно с точки зрения ее решения. Симптоматическое поведение членов семьи лучше переформулировать в терминах взаимодействия и функциональной целесообразности для семейной системы. Так поступают, например, терапевты миланской школы, используя специальную технику позитивной коннотации [Palazzoli et al., 1975]. Терапевты стратегического направления не склонны ничего объяснять семье и предпочитают консолидировать ее через помощь идентифицированному пациенту, предлагая специально разработанные задания. Работу над симптомом они стараются использовать как рычаг для переструктурирования семейной системы, делая это неявным для семьи способом. Однако все системные семейные терапевты, независимо от принадлежности к той или иной школе, рассматривают всю семью как условие существования проблемы. Нашей задачей не является подробный разбор терапевтических техник и приемов, поэтому мы не станем подробно описывать действия терапевта по организации помощи семье.

Терапевтический опыт автора показывает, что для всесторонней оценки семьи по интегративной модели, как правило, требуются две встречи с семьей. Примерно в 80% случаев на первый прием приходит идентифицированный пациент и наиболее заинтересованный родитель. На первой встрече собирается предварительная информация, проводятся совместный или индивидуальные приемы, иногда используются FAST или другие диагностические методики. Пришедшие члены семьи мотивируются на совместный семейный прием. Терапевт говорит, что выскажет свое мнение, только поговорив с другими членами семьи. Иногда бывает важно обсудить с заинтересованным родителем (ча-

ще всего с матерью), как убедить других членов семьи прийти на прием. Например, можно позвонить им домой и сказать отцу, что, не выяснив его точку зрения на проблему, терапевт не сможет помочь ребенку. И если терапевт проявит уважение к рабочему расписанию отца, то весьма вероятно, что он придет на консультацию.

То, что терапевт откладывает свое заключение на некоторое время, заставляет членов семьи ожидать его и относиться к словам специалиста с особым вниманием. Информация, полученная от семьи на первом приеме, обрабатывается с помощью *карты структурирования информации о семейной системе, выдвижения гипотез и планирования терапии* (см. приложение 6), и на второй прием терапевт приходит с рядом гипотез о семейной системе, продумав возможные варианты развития терапевтических отношений с семьей. Второе интервью посвящено знакомству с другими членами семьи, организации групповой семейной дискуссии, дальнейшему выяснению подробностей проблемы в том порядке, как это описано в данном параграфе.

Одним из вариантов окончания диагностической фазы является экспертное заключение терапевта о проблемах семьи. Заключение, которое мы предлагаем семье, формулируется в виде позитивной коннотации (в духе миланской школы). В нем дается позитивная оценка действий всех членов семьи: они направлены на ее выживание, хотя, может быть, при этом используются не самые лучшие средства. Кроме того, в заключении терапевта переформулируется симптоматическое поведение и рассматриваются его функции в семейной системе. Отмечается, что для семьи существует опасность, если оно сразу прекратится, и важно найти другие, несимптоматические варианты решения задач жизненного цикла. Такое переопределение, если оно выполнено корректно и основано на реальных фактах, уменьшает негативное восприятие членов семьи друг другом, изменяет их отношение к проблемам и способствует дальнейшей продуктивной работе. На основе заключения терапевт может дать семье парадоксальное предписание не меняться до следующей встречи.

Другим вариантом окончания диагностической фазы может быть совместный контракт на дальнейшую работу. Терапевт может убедить семью выполнить определенные задания к следующему приему. Как правило, в начале терапии предлагаются более простые задания, например, наблюдать и отмечать время возникновения проблемного поведения.

В следующей главе будет показано применение интегративной модели и соответствующих ей методов получения информации на примере анализа случаев из терапевтической практики автора.

Глава 4

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕГРАТИВНОЙ МОДЕЛИ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ

Данная глава посвящена детальному разбору нескольких случаев, демонстрирующих использование интегративной модели системной семейной психотерапевтической диагностики. Примеры отобраны так, чтобы

- представить семьи на разных стадиях жизненного цикла;
- показать, что, несмотря на уникальный семейный контекст и разнообразие поводов для обращения, разные типы симптоматического поведения могут быть встроены в сходные циркулярные последовательности и выполнять сходные функции в семейной системе;
- проиллюстрировать особенности взаимодействия психотерапевта с семьей, касающиеся выбора субъекта помощи и необходимости учитывать опасения семьи относительно перемен;
- продемонстрировать применение отобранного пакета диагностических методик.

В анализе первого случая акцент ставится на маневры семьи и ее стремление нивелировать воздействия извне. Обсуждаются недостатки индивидуального подхода в организации помощи членам семьи. Второй пример прежде всего фокусируется на проблеме выбора партнера по браку и влиянии семейной истории. Третий случай отражает семейный кризис, связанный с поступлением ребенка в школу, и иллюстрирует тактику помощи семье, основанную на формировании позитивной мотивации к переменам. Четвертый и пятый случаи показывают связь проблем идентифицированного пациента подросткового возраста с кризисом отделения от семьи его старших братьев. Четвертый случай, кроме того, отражает особенности функционирования “психосоматической” семьи и демонстрирует возможности использования системного семейного теста Геринга. Пятый случай посвящен теме домашнего воровства, все чаще встречающейся в отечественной психотерапевтической практике. На примере анализа этого случая отмечается связь этой проблемы и угрозы потери близких взаимоотношений, разрушения семьи. Кроме того, этот случай разобран с использованием двух моделей — интегративной и модели Оудсхоорна. Сочетание обеих моделей обеспечивает семейного терапевта теоретической основой для взаимодействия со специалистами смежного профиля.

В разборе примеров использовалась Карта структурирования информации о семейной системе, выдвижения гипотез и планирования терапии (см. приложение 6), хотя для связности изложения не всегда соблюдалась очередность ее пунктов.

СЕМЬЯ А.
К ПРОБЛЕМЕ ПОИСКА ПАЦИЕНТА В СЕМЬЕ

Попробуем пояснить необходимость целостного подхода к семейным проблемам на примере следующего случая. В комплекс помощи детям и подросткам обращается мама по поводу проблем у ее одиннадцатилетнего сына. Учителя жалуются на постоянную нервозность и агрессивность мальчика. Постоянные драки в школе вызвали обеспокоенность учителей и тревогу родителей одноклассников. Классный руководитель попросила маму проконсультировать мальчика у специалистов, и эта проблема стала поводом для обращения в консультацию. Подросток в этой ситуации выступает в роли идентифицированного пациента, мама убеждена, что именно на него должно быть оказано психологическое и педагогическое воздействие.

Историческая перспектива

В ходе интервью выясняется, что отец мальчика вырос в деревенской семье, где детей часто били. Таким способом утверждался авторитет отца, который был в семье центральной фигурой. Отец мальчика был одним из младших, а потому более бесправных детей. В своей собственной семье этот мужчина транслирует свой двойственный опыт взаимоотношений с родителями, братьями и сестрами. Ощущая себя рядом со своей женой "бесправным ребенком", он в то же время претендует на роль "центральной фигуры". Его жена — старшая дочь в семье своих родителей. Комплементарности их брака (старший — младший ребенок) противоречит модель родительской семьи мужа "мужчина — глава семьи" (см. рис. 4.1).

Циркулярный процесс

Пытаясь утвердить свой авторитет, отец жестоко бьет ребенка. Поведение мужа вызывает определенные реакции его жены, которые стимулируют его к еще большей выпивке. В течение недели, когда муж не может позволить себе пить, так как работает шофером, жена последовательно и систематически унижает и упрекает его, давая выход своему возмущению, которое она чувствовала в выходные, когда он пил и оскорблял ее и сына. В свою очередь, его неистовство по выходным по отношению к сыну является реакцией на ее критику в течение недели. Круг замыкается и повторяется снова и снова (рис. 4.2).

Структура семьи

Мать и сын составляют устойчивую коалицию против отца. В семье есть еще дочь пятнадцати лет, которая иногда принимает сторону отца, но в ситуации разрушительных скандалов объединяется с матерью. Таким образом, отец часто оказывается в одиночестве. Он чувствует, что сын его не уважает и не выполняет ни одно из его требований, так как знает, что всегда сможет найти поддержку у матери. Пытаясь справиться с чувством отверженности, отец использует привычные паттерны реагирования — жестоко наказывает сына, напивается и устраивает скандалы.

Проблемы текущей стадии жизненного цикла

С точки зрения стадий жизненного цикла мальчик вступил в начало подросткового периода, и для семьи стала актуальной проблема изменения семейной иерархии, в частности, более равноправное взаимодействие отца с сыном. Структурная проблема семьи — межпоколенная коалиция матери и сына и старые модели установления иерархии с помощью силы, взятые отцом из родительской семьи, — привели к кризису в этот переходный период.

Функции проблемного поведения в семье

1. В скандальном поведении отца можно увидеть его попытку стать ближе к жене и сыну и получить больше влияния на свою семью. В истории семьи было несколько моментов, когда жена выставляла вещи мужа за дверь, но потом принимала его обратно. Чувствуя одиночество и пытаясь достичь удовлетворения важных для него потребностей, отец просто использует не те методы.

2. Когда муж отступает, его жена кидается за ним вдогонку. Критикуя его, она возвращает мужа в семью.

3. Конфликт отца с сыном является замещением многолетнего супружеского конфликта. Супругам относительно легче спорить о воспитании ребенка, чем обсуждать накопившееся раздражение друг другом.

4. Проблемное поведение мальчика (драки в школе) является метафорой, аналогией драк дома. Отыгрывание в виде сюжета с наказанием обидчика является отражением попытки защитить себя и мать в ссорах с отцом. Кроме того, оно является "посланием", не заметить которое школа не может, и в результате семья обращается за помощью.

Выводя конфликт в социум, мальчик сигнализирует, что ситуация в семье требует изменений.

Варианты помощи семье

Если исходить из традиционного поиска линейной причинности и пытаться определить того, кто больше всего ответственен за проблемы в семье, то можно легко зайти в тупик. Допустим, фокус терапии будет перенесен с мальчика на его отца. Может быть, ему стоит помочь справиться с собственным травматическим опытом детства и научиться каким-то другим способам реагирования на непослушание сына. Возможно, ему стоит помочь справиться с алкогольной зависимостью. Однако если ограничиться только этим и не заниматься супружескими проблемами (распределение власти, деструктивное общение, мало осознанные претензии друг к другу и т.д.), то проблемы, вероятнее всего, снова вернутся.

Допустим, педагог или психолог приглашает отца на консультацию и убеждает его отказаться от силовых методов воздействия на сына, указывая на их последствия. Допустим далее, что вследствие этого достигнута некоторая стабилизация в семье. Отец стал меньше пить и перестал вмешиваться в воспитание детей, например, потому что проводит больше времени на работе. Может случиться так, что коалиция против отца начнет разваливаться. Теперь уже мама окажется перед необходимостью решать задачу дисциплинирования детей. Обнаружатся некоторые черты матери, которые были до этого в тени. Например, ее тревожность, повышенная требовательность и т.д. Возможно, что теперь уже возникнут трения между мамой и детьми, которые постараются отвоевать некоторую долю свободы для себя. Кроме того, через некоторое время мальчик может начать вести себя в школе еще хуже (если, например, почувствует реальную угрозу того, что отец уйдет из семьи). В какой-то момент может случиться так, что мать ощутит себя в одиночестве. Возрастет ее тревога, и она может неосознанно совершить провокационный ход против мужа, обвинив его в чем-нибудь или унизив перед детьми. Скандалы возобновятся, но в этой ситуации мать может снова сплотить детей против деструктивного поведения отца.

С точки зрения циркулярного процесса в семье, такое вмешательство специалиста может быть расценено как затягивание временного периода между состояниями (рис 4.3). Семья пытается решить проблему, не меняя свои стереотипы взаимодействия.

Попытка работы с одним ребенком тоже будет сводиться на нет семейным процессом. Любая индивидуальная работа с матерью встретит яростное сопротивление с ее стороны, так как она считает себя жертвой и убеждена, что за все проблемы в семье ответственен ее муж. Именно поэтому так важно включать в терапию всю семью целиком, в том числе и старшую дочь. Не задействованная в конфликте так сильно, как другие члены семьи, она может дать очень важную информацию как наблюдатель. Кроме того, ее можно активно привлекать при выполнении семьей терапевтических заданий. Например, попросить ее временно взять на себя заботу о младшем брате, пока родители выясняют свои отношения вместе с терапевтом. Описанные нами пункты в разделе о функциях проблемы в системе могут служить основой для позитивного переопределения ситуации и поведения членов семьи.

На этом примере мы постарались показать сложность и взаимозависимость вклада каждого члена семьи в общие семейные проблемы, что заставляет семейных психологов искать не линейные, а циркулярные причинно-следственные связи и относиться к семье как к единице психологического воздействия.

СЕМЬЯ Б.
СКРЫТЫЕ ПРУЖИНЫ СУПРУЖЕСКОГО ВЫБОРА

Выбор партнера по браку определяется огромным количеством самых разных факторов — внешней привлекательностью, социальным статусом, сходством интересов, ценностей, различными специфическими достоинствами будущего супруга(и). Однако, ра-

ботая в психологической консультации, довольно часто приходится сталкиваться с такими заявлениями: "Как только я ее(его) увидел(а), я понял(а), что именно этот человек мне и нужен", — когда все другие рациональные аспекты выбора отходят на второй план. Причем далеко не всегда за этими словами стоит мгновенно вспыхнувшее чувство любви. Так, например, одна женщина объясняла свой выбор следующим образом: "Когда я его увидела, то сразу поняла, что выйду за него замуж, хотя он мне совсем не нравился. Он был на десять лет меня старше и некрасивый, но что-то мне сказало: сколько бы ни прошло лет, я все равно выйду за него замуж. А там уж попытаюсь полюбить".

Скрытой пружиной взаимного притяжения часто является бессознательное сличение партнера с образами своих родителей, сестер/братьев и других важных фигур нашего детства, способность партнера играть дополнительную роль по отношению к выбирающему. Изучая историю семьи, можно только удивляться, насколько логичен выбор супругами друг друга, даже если их брак через некоторое время разваливается. Опыт взаимоотношений с родителями, их модель супружеских коммуникаций, порядок рождения в семье задают матрицу малоосознаваемых ожиданий от будущего партнера.

Совпадение знакомых ему и ей схем поведения происходит по принципу "ключа и замка". И даже если детский опыт был не слишком хорош, все равно это то, что мы знаем лучше всего. Иногда на роль супруга выбирается тот, кто кажется антиподом родителя противоположного пола, однако вскоре выясняется, что по каким-то очень существенным для нас характеристикам он повторяет знакомые нам поведенческие модели. Например, дочь алкоголика выходит замуж за человека абсолютно не пьющего, но помешанного на своей работе ("трудоголика"). Дефицит общения с супругом тогда может повторить ее опыт дистанции со своим отцом по причине его пьянства.

Каждый из нас как бы воспроизводит ситуацию родительской семьи во взаимоотношениях любви и в браке. Иногда такое воспроизведение является довольно полным, иногда повторяются только ключевые элементы. Как бы то ни было, но окончательно мы не можем этого избежать. И чем труднее опыт, вынесенный нами из родительской семьи, чем более он травматичен, тем с большими проблемами и трудностями мы сталкиваемся в собственном браке.

Молодая пара (Ольга и Николай), каждому по 22 года, встречаются в течение трех лет. Постепенно их отношения заходят в тупик. Николай много раз заговаривает о браке, но есть две серьезные причины, препятствующие этому событию. Во-первых, в интимной сфере у них полный разлад, девушка остается к ней равнодушной. Сексуальные отношения не приносили ей удовлетворения и с другими молодыми людьми, до Николая. И, во-вторых... девушка говорит, что не любит его.

Тем не менее, они не расстаются. Когда Николай звонит, она соглашается встретиться с ним, вместе они ездили отдыхать летом в Крым. Сама Ольга никогда не проявляла инициативу ни с Николаем, ни с другими молодыми людьми, считая это исключительно делом мужчины. В компании они ведут себя как идеальная пара. Правда, кажется, что они держатся друг с другом несколько формально, без эмоциональной и физической близости. Ссоры между ними часто следуют за попытками Николая сделать их взаимоотношения более интенсивными. Оба внешне симпатичные, милые люди, работающие в коммерческих структурах и неплохо зарабатывающие. Со стороны кажется, что им не составило бы труда найти себе другого партнера. Однако они не расстаются, и после нескольких серьезных конфликтов продолжают оставаться вместе, хотя и на некоторой дистанции. Николай приходит в психологическую консультацию, так как чувствует, что их отношения все больше теряют перспективу, и в то же время не представляет себе жизнь без Ольги.

Попробуем теперь понять структуру взаимоотношений этих молодых людей через историю их родительских семей (см. рис 4.4).

Родители Николая относились друг к другу достаточно ровно, и только в подростковом возрасте он узнал, что его мать всю жизнь любила другого человека, но по определенным обстоятельствам вышла замуж за его отца, которого знала много лет, учась с ним в

одной школе. Когда Николай, уезжавший в другой город учиться, в очередной раз вернулся домой, то обнаружил, что его мать ушла к этому человеку, забрав младшую дочь. Семейная тайна, о которой он смутно подозревал, раскрылась столь драматическим образом.

Обе сестры Николая в определенной мере повторили сценарий своей матери. Старшая сестра, выйдя замуж за человека, с которым встречалась несколько лет, будучи беременной, полюбила другого мужчину. В тот момент муж ее удержал, но после родов брак все равно распался. Младшая сестра забеременела в 15 лет от одноклассника, который ухаживал за ней с пятого класса, но вышла замуж не за отца ребенка, а за человека, которого встретила и полюбила тоже в то время, пока ждала ребенка. Треугольник — женщина, любимый и нелюбимый мужчина — повторился в следующем поколении.

Создается впечатление, что женщины в семье Николая покидают мужчин ради "большой" любви. А мужчины обречены страдать и пытаться завоевать любовь женщин, которые к ним равнодушны. По словам Николая, Ольга напоминает его мать. Она старше его на полгода, как и мать Николая старше его отца, такая же высокая, хорошо образованная и "так же не любит меня, как моя мать не любила моего отца". Им движет надежда, что Ольга полюбит его, так как, по его мнению, ее слова часто не совпадают с поступками. Они встречаются, изредка целуются, иногда, хотя и довольно редко, спят вместе. Стараясь приблизить к себе Ольгу, он бессознательно пытается разрешить собственную травматическую ситуацию с ушедшей из семьи матерью и магически преодолеть конфликт между своими родителями.

У Николая есть другая девушка, которая его любит, но к которой он равнодушен. Он ищет большую любовь, но именно этого ему труднее всего ожидать от такой девушки, как Ольга. Парадокс состоит в том, что если бы Ольга сразу ответила на его чувство, отношения с ней не были бы для него столь значимыми. Он сам объясняет это так: "Я часто охладеваю к тому, чего добиваюсь".

Ольга — единственный ребенок в семье, живет вдвоем со своей матерью. Ее родители развелись, когда она была совсем маленькая. Тема, которая повторяется в этой семье из поколения в поколение, — предательство мужчин, недоверие к ним. В семье прародителей Ольги было очень много измен. У ее деда было много любовниц помимо жены, и он был физически довольно груб с нею. Но жена все терпела, прощала, хотя и сильно страдала. Мать Ольги много раз призывала ее развестись, но она так никогда на это и не решилась. В своей семье мать Ольги осуществила этот шаг и довольно быстро выгнала мужа при подозрении на измену. Она очень страдала, надеялась, что муж вернется просить прощения, но он ушел навсегда. И всю свою любовь мать Ольги перенесла на нее. Она была очень заботливой, опекающей матерью, следила за ее развитием.

По мере того, как Ольга взрослела, матери все труднее становилось удерживать с ней тесные эмоциональные отношения, стали возникать конфликты. Они особенно усиливались, когда у Ольги появлялся парень, и временно прекращались в моменты разрыва отношений с молодыми людьми. Длительные взаимоотношения с Николаем ее мать переживала очень тяжело. Сколько себя помнит Ольга, мать всегда настраивала ее против отца, внушала ей ненависть и подозрение к мужчинам. Первые романы с молодыми людьми были у Ольги крайне неудачными. Она увлекалась мужчинами, которые в какой-то момент ее сильно унижали. Сексуальные отношения также не приносили удовлетворения.

Взаимоотношения Ольги с Николаем очень напоминают то, что происходит у нее с матерью. Он такой же заботливый и опекающий, как и ее мать. Они так же конфликтуют, когда он стремится приблизиться, интенсифицировать общение с ней. Кроме того, недоверие к противоположному полу, привитое матерью, сказывается на всех контактах с мужчинами, в том числе и на интимной сфере. Часто проблемы женской фригидности бывают связаны с неспособностью отдаться любви, скрытой враждебностью к партнеру, страхом быть отвергнутой [Каплан, 1994].

Разочарование матери в браке, опыт слишком тесных взаимоотношений с ней является для Ольги преградой в построении конструктивных взаимоотношений с мужчинами,

возможности влюбиться в того, кто любит ее, и отдаться этой любви. Отношения с Николаем представляют для нее безопасный “промежуточный вариант”, повторение отношений с матерью. Она его не любит, но и не оставляет, не желая быть в одиночестве. Возможно, так же поступала мать Николая с его отцом. Николай фактически вовлекает Ольгу в такой же треугольник с любимым и нелюбимым мужчиной.

Создается впечатление, что он мог бы на некоторое время добиться ее любви, если бы поступал парадоксальным образом — пренебрегал бы ею, был с ней жесток и изменял. Именно такой человек был ее первой любовью. Такими были и мужчины в ее семье — отец и дед. Эта структура взаимоотношений вызвала бы к жизни глубокие эмоциональные переживания и бессознательные надежды решить нерешенную проблему ее матери и завершить свою детскую травму, возвратить отца, так как он ушел не только от ее матери, но и от нее тоже. Но именно такой партнер обеспечил бы ей наименьшие шансы на успех. Встретив и полюбив такого человека, она вряд ли смогла бы сделать из него примерного семьянина.

Всем нам знаком другой пример, когда дочь алкоголика выходит замуж за сильно пьющего человека, надеясь спасти его от пьянства и вылечить своей любовью.

К сожалению, это только иллюзия, мираж. Мы никогда не сможем решить проблемы своего детства и трудных переживаний в родительской семье через партнера по браку. Это лишь опасная надежда, приводящая в лучшем случае к очень нестабильному равновесию, готовая в любой момент рассыпаться в прах. И чем больше брак основан на “незаконченных” делах детства, чем настойчивее в партнере ищут “вторую половинку” и не замечают его уникальность, тем большее разочарование ожидает супругов в браке.

Целью психологической помощи в подобных случаях является переработка, переосмысление и “закрытие” эмоциональных травм детства, преодоление запрограммированости поведения и жизненных выборов. Важно развеять туман переноса на партнера отражений родителей и научиться жить с реальным человеком, а не с его воображаемым образом.

СЕМЬЯ В.
КРИЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ ПОСТУПЛЕНИЯ РЕБЕНКА В ШКОЛУ

Повод для обращения. Кто направил

В психологическую консультацию обратилась женщина тридцати двух лет с семилетним сыном Васей. На момент встречи с психологом он заканчивал первую четверть первого класса. Последние три недели его регулярно рвало у ворот школы. Кроме того, с первого сентября он страдал частыми позывами в туалет и мог надолго застревать в нем перед выходом в школу. Врач не нашел у него никаких биологических оснований для этих симптомов и направил к невропатологу, а тот — в психологическую консультацию *(испробованные средства решения проблемы).*

Рвота у мальчика возникает только в школе и только в присутствии мамы. В выходные дни и в те дни, когда он не учился по причине прихода к врачу, рвоты не было *(исключения из проблемной ситуации).*

Генограмма семьи

Как видно из генограммы (рис 4.5), Вася является единственным ребенком. Родители развелись около трех лет назад, и мама с сыном проживают одни в двухкомнатной квартире. Мама является одним из директоров коммерческой фирмы и много работает. По утрам она отвозит Васю на машине в школу. Оттуда его забирает бабушка, а вечером мама по пути с работы забирает сына от бабушки домой.

Структура семьи

На рисунке семьи Вася изображает себя между мамой и бабушкой. Дедушка находится на краю группы, рядом с мамой Васи. Отец на рисунке отсутствует.

Взаимодействие членов семьи

У мамы довольно близкие взаимоотношения с сыном. Они спят в одной комнате, иногда в одной кровати. Мама очень беспокоится о его здоровье. Особенно ее тревожат проблемы, связанные с желудком. В четырехлетнем возрасте Вася заболел в детском саду дизентерией и чуть не погиб. После этого он сидел дома с мамой или бабушкой. Поэтому симптом рвоты вызывает у нее особенно сильную реакцию. Вася несколько упрямый и медлительный мальчик, болезненно относящийся ко всяким переменам. Например, когда мама говорит о возможном переезде на новую квартиру, он спрашивает ее: "Возьмем ли мы туда наш дом и наши стены?" Он сильно ревнует маму к ее друзьям. На приеме у психолога Вася держится довольно уверенно и самостоятельно.

Мама говорит, что Вася пошел в школу хорошо подготовленным, умел читать и писать. Учительница хорошо о нем отзывается, и в общении с одноклассниками у него особых проблем нет. Тем не менее, в школу он пошел с явной неохотой.

Мама борется с его медлительностью, пытается приучить к большей самостоятельности. "Я не хочу, чтобы он был таким же захребетником и альфонсом, как мой муж, и жил за чужой счет". (*Метафоры клиентов*. Отношение к проблемам сына является аналогией проблем с бывшим мужем). В ответ на понукания мамы Вася еще дольше задерживается в туалете перед выходом в школу, и они туда хронически опаздывают.

События накануне возникновения симптома

В день, предшествующий появлению рвоты, учительница отчитывала другого мальчика за опоздание на урок (возможная модель взаимодействий с мамой). Вася сильно переживал и рассказал об этом маме. Он вообще относится ко всему очень ответственно и старается все делать как следует. Однако на следующий день он особенно долго оставался в туалете, и мама везла его в школу уже ко второму уроку.

Перед входом в школу его сильно вырвало, что очень напугало маму. Она сразу отвезла его к бабушке. Та уложила Васю в постель, позволила смотреть мультики и всячески старалась поднять ему настроение. Сочетание повышенной тревоги и заботы мамы и бабушки подкрепили реакцию Васи, и с этого дня у него регулярно возникала рвота при входе в школу, образовался *порочный круг с симптоматическим поведением.*

С точки зрения *стадий жизненного цикла* семья переживает кризис поступления ребенка в школу. В параграфах 2.3 и 3.1 мы уже касались проблемы отказа ребенка от посещения школы как следствия внутрисемейных проблем. Конечно, неготовность ребенка к школе может быть связана со многими факторами: отставанием в интеллектуальном развитии, несформированностью произвольной сферы, неразвитостью социальных навыков и т.д. Существует, однако, ряд причин этого кризиса, которые вытекают из особенностей семейной системы. Поступление ребенка в школу ведет к усилению его связей с людьми и организациями вне семьи. Соответственно, это может переживаться в виде *сепарационной тревоги*, возникающей вследствии увеличения эмоциональной дистанции между ребенком и родителями. Чтобы благополучно перейти на следующую стадию своего развития, семья должна приспособиться к решению новых задач и изменению взаимоотношений между ее членами.

В нашем случае эта проблема обострилась из-за силовой борьбы матери и сына вокруг медлительности Васи. Особую остроту этой борьбе придал негативный опыт супружеских взаимоотношений и видение матерью в сыне недостатков своего мужа.

Функции симптоматического поведения

Симптомы (рвота, частое сидение в туалете) являются сигналом, коммуникативным "посланием" матери, отражающим негативное восприятие ребенком необходимости отделения от нее и приобретения большей самостоятельности, хотя интеллектуальные ре-

сурсы и социальные навыки у него для этого имеются. Ребенок не может заявить об этом открыто, более того, он переживает из-за своих опозданий в школу. Если вспомнить определение симптоматического поведения, приведенное нами в параграфе 2.5, то симптомы Васи хорошо удовлетворяют выделенным критериям: его поведение оказывает сильное воздействие на близких и является непроизвольной реакцией. Если в качестве единицы нашего анализа выступит диада (мать и Вася), то симптоматическое поведение может быть понято как средство контроля Васей поведения своей мамы. Когда его тошнит, она перестает его торопить и оставляет дома. Если единицей анализа выступают три и более элемента (например, Вася, мама и их взаимоотношения или Вася, мама и бабушка), то симптомы Васи могут быть поняты как средство стабилизации семейной структуры и взаимоотношений, предшествующих поступлению ребенка в школу.

Симптомы Васи получили некоторое закрепление со стороны близких, однако паттерн избегания школы не приобрел еще хронического характера и не нагружен условной выгодностью для мамы (сравните с примером в параграфе 3.1).

Терапия

Так как семья обратилась в момент острого кризиса и циркулярная последовательность взаимодействий не стала еще слишком ригидной, то психологическая помощь семье была краткосрочной. Во-первых, психолог постарался уменьшить тревогу матери и обсудил с ней обследование Васи у врача, который направил семью в психологическую консультацию. Особенно подчеркивался эффект подкрепления симптомов мальчика ее тревогой и разрешением остаться дома.

Во-вторых, терапевт постарался создать у ребенка позитивную мотивацию к необходимым изменениям в его жизни. Он тщательно обсудил с Васей его удачи в школе и расспросил, какие мультфильмы ему нравятся. Далее он рассказал ему историю про маленького львенка, героя его любимых мультфильмов, который очень не любил ходить в школу, пока не подружился с другими зверями, и постепенно ему понравилось обсуждать с ними разные истории и читать книжки. Потом терапевт попросил Васю порисовать в другой комнате и сформулировал маме специальное домашнее задание. Маме предписывалось поговорить с Васей и сказать ему: так как он сильный мальчик, то может с рвотой справиться сам, но мама хочет ему в этом помочь. И поскольку ему придется нелегко в борьбе с этой проблемой, то она купит ему ту игрушку, которую он выберет. Далее терапевт попросил маму в следующий раз, если мальчика вырвет, оставить сына в школе, предварительно попросив учительницу контролировать ситуацию. О разговоре с учительницей Васе знать не нужно. Помощь учительницы должна способствовать прежде всего уменьшению тревоги матери. Назначив встречу через неделю после каникул, терапевт попрощался с семьей.

Следующий прием был очень коротким. Мама доложила, что рвота полностью прекратилась. В первый день после каникул у Васи еще были небольшие позывы, но на второй день они совершенно исчезли. Интересно, что в качестве "награды за совершенный подвиг", Вася выбрал мягкую игрушку — львенка. (Можно вспомнить о значении мягкой игрушки, символизирующей замену близких отношений, и о львенке, его любимом герое, объекте идентификации). Кроме исчезновения рвоты, резко снизилось время, проводимое им в туалете.

Приводя этот пример, мы старались показать, что, согласно системной теории, симптомы людей не возникают в вакууме. Страхи родителей идут рука об руку с проблемами детей и часто служат для них закрепляющим фактором. Чтобы симптом вызывал у родителей крайнюю реакцию, он должен задевать у них наиболее чувствительное место. Ребенок может перепробовать несколько видов проблемного поведения, пока не найдет что-нибудь сильно действующее на родителей.

СЕМЬЯ Г.
СТУПОР В УЧЕБЕ

Семья состоит из четырех человек. Отец, 54 года, военный инженер на пенсии, в настоящее время работает в строительной организации. Мать, 50 лет, преподаватель иностранного языка в вузе, работает по два часа через день. Старший сын Борис, 25 лет, закончил медицинский институт, работает педиатром. Младший сын Сергей, 15 лет, учится в 10-м классе гимназии, идентифицированный пациент. Генограмма семейной системы приведена на рис. 4.6.

Повод для обращения

Мама приводит Сергея в психологическую консультацию. Она жалуется на проблемы сына с учебой, невнимательность, неспособность сосредоточиться. Часто при выполнении домашних заданий у него бывает отсутствующий взгляд, "ступор", непонимание учебного материала. У Сергея ярко выраженные гуманитарные способности, с гордостью сообщает мама. Он учится в языковой гимназии, и учителя о нем очень высокого мнения как о талантливом мальчике, хотя учится он в целом неровно. Часто ему снижают оценки за невнимательность. Например, на экзамене по математике он решил все, но не оформил как следует и в итоге получил тройку. За девятый класс у него 8 троек, и его с большим трудом взяли в десятый. На педсовете по поводу Сергея было больше всего споров. И хотя учителя английского и истории говорили, что он лучший ученик в классе, его перевели в десятый класс только благодаря хлопотам мамы.

Вся семья помогает Сергею делать домашние задания. Мама занимается с ним гуманитарными предметами, Борис — химией, отец — точными науками. До последнего времени состояние "ступора" возникало у Сергея только при занятиях нелюбимыми предметами с отцом и старшим братом. Но вдруг летом перед школой, когда мама попыталась повторить с ним грамматику английского языка, он перестал отвечать на элементарные вопросы, начал делать грубые ошибки. Это особенно напугало ее и послужило поводом для обращения к психологу. Она очень беспокоится, сможет ли Сергей учиться дальше и поступить в институт после школы.

Описание проблемы словами клиентов.
Метафоры клиентов

Читающая медицинскую литературу мама характеризует состояние сына как "невроз", "патологическое внутреннее напряжение". Далее она говорит, что проблемы с Сергеем существовали с самого детства. По мнению мамы, он был слишком подвижным ребенком, его не могли уложить спать в течение трех-четырех часов. И хотя врач, к которому она обращалась, не нашел никакой органической или психической патологии, она склонна думать, что Сергей чем-то болен: "Муж, к сожалению, недооценивает серьезности проблемы... В семье постоянно нервозная обстановка из-за Сергея. Старшему брату и отцу часто не хватает терпения. Они срываются, злятся из-за того, что он не может понять самых простых вещей... Сергей — очень чувствительный мальчик. В школе он держится неуверенно, несмотря на браваду. С ребятами он — клоун, всех смешит. С чувством юмора у нас все в порядке. В классе его считают умным мальчиком, но он довольно одинок. Близких друзей нет... После школы редко гуляет. Обычно сидит дома, много читает. Да я, впрочем, и не стремлюсь, чтобы он был на улице. Сами знаете, как сейчас с преступностью..."

Кроме того, выясняется, что у Сергея иногда бывают легкие астматические приступы (он краснеет, возникает бронхеспазм, ему становится трудно дышать). Иногда они возникают на даче по неизвестным причинам, а также тогда, когда он садится заниматься с отцом нелюбимыми предметами. В таких случаях занятия часто прекращаются. (Прагматический смысл приступов во время занятий достаточно ясен, хотя для мамы это вовсе не очевидно.) Самое поразительное состоит в том, что эти приступы возникли 5 лет назад через 2 месяца после начала астмы у мамы. На вопрос психолога, что происходило в семье в то время, мама затрудняется ответить.

Первоначальный запрос

Мама сформулировала его следующим образом: “Мне бы хотелось найти для Сергея какие-нибудь методики улучшения памяти и внимания, чтобы он был более собранным в учебе”.

После разговора с мальчиком психолог попросил прийти на прием всю семью.

В ходе диагностического интервью с семьей выясняется следующее.

1) *События, предшествующие настоящему кризису.*
Первый приступ астмы у мамы возник 5 лет назад на фоне сильных конфликтов со старшим братом, который собирался жениться. Мама была против. Через некоторое время вопрос о браке стал неактуальным. За последние годы Борис несколько отдалился от мамы. Процесс отдаления сопровождался сильными конфликтами, причем ссоры возникали по пустякам. Мама выступала в роли “главного обвинителя”; по словам Сергея, “папа в целом был неравнодушен, но особо близко к сердцу не принимал”, а сам Сергей исполнял роль “всеобщего примирителя” и “утешителя мамы”. Конфликты были связаны в основном с тем, что Борис требовал большей самостоятельности. Сейчас Борис продолжает жить с родителями, семья достигла некоторого равновесия. Мама и старший сын избегают “взрывоопасных” тем.

В настоящее время основное беспокойство мамы сосредоточено вокруг проблем младшего сына. Однако, по словам Бориса, Сергей просто занял сейчас его место. Мама так же сильно беспокоилась, поступит ли в институт Борис, какие у него будут отметки и т.д.

2) *Структура семьи.*

а) Порядок рассаживания на приеме. Семья сидит полукругом, по краям группы — родители, в центре — дети. К маме сидит ближе Сергей, к отцу — Борис.

б) Распределение по комнатам в квартире. Семья живет в трехкомнатной квартире, у каждого из сыновей по комнате, в третьей живут супруги.

в) Данные теста Геринга (FAST). FAST проводился с Сергеем на первой встрече (см. рис. 4.7) и с его старшим братом Борисом на втором приеме (см. рис. 4.8.).

Тест Геринга показывает следующее.

В подсистеме родителей обоими юношами показан высокий уровень сплоченности (расстояние между их фигурами минимальное). Фигуры родителей обращены взором на детей. Подсистема детей является разобщенной структурой с очень низким уровнем сплоченности. Делая типичную и конфликтную репрезентации теста, каждый из них склонен ставить себя ближе к матери по сравнению с братом. В идеальной репрезентации братья показывают резкое возрастание уровня сплоченности как всей семьи в целом, так и подсистемы детей. Интересно, что в идеальной ситуации Сергей предпочитает уступить максимальную степень близости к матери своему старшему брату и сам ставит себя ближе всего к отцу.

Уровень иерархии в семье и отдельных ее подсистемах средний.

Решающее слово в семье, по словам детей, принадлежит отцу (высота его фигуры в типичной и идеальной репрезентации наибольшая), но когда в семье возникает ссора с кем-нибудь из детей, отец склонен полагаться на жену и поддерживать ее. Соответственно, увеличивается ее авторитет, что отражено в FAST ростом ее фигуры в конфликтных репрезентациях.

Маневрирование семейной системы

Наибольший интерес вызывает сравнение конфликтных репрезентаций Сергея и Бориса. Каждый из них показывает конфликт своего брата с родителями. Возникает впечатление, что семья маневрирует между этими двумя состояниями, попадая в *циркулярный процесс*. Когда старший брат пытается добиться самостоятельности, увеличивается напряжение между ним и родителями, прежде всего мамой. Сергей в этот момент нахо-

дится рядом с матерью и поддерживает ее. Через некоторое время усиливаются его проблемы в школе, и вся семья сплачивается, ругая его и пытаясь ему помочь. Теперь Борис очень близок к матери и утешает ее. Вскоре проблемы Сергея отходят на задний план и обостряются противоречия между матерью и Борисом. В свою очередь, Сергей поддерживает маму и т.д. Образуется порочный круг. Система переходит от одного конфликта к другому через состояние временного затишья, которое отражено в типичных репрезентациях. В последнее время мама с Борисом стараются не затрагивать трудные для них темы и вообще стали меньше общаться. Зато возросли проблемы у Сергея, и его брат вынужден на это как-то реагировать.

3) Взаимодействие на приеме
Мама выступает в роли эксперта по проблемам младшего сына и стремится много говорить об этом. Мужчины склонны отмалчиваться. Терапевту стоит определенных усилий установить равномерность высказываний всех членов семьи. Использование специальных техник интервью (см. главу 3) помогает терапевту избежать постоянного воспроизведения на приеме циркулярного паттерна: мама долго говорит о проблемах Сергея а отец и Борис пытаются ей возразить, утверждая, что она слишком его балует а потом они уступают и присоединяются к ней, критикуя Сергея а когда высказывания мужчин становятся чересчур резкими, мама их прерывает а и начинает оправдывать младшего сын а отец и Борис отступают, давая возможность матери долго рассуждать о проблемах Сергея а далее мама говорит, что Борис и отец, к сожалению, часто бывают заняты и мало помогают ей в воспитании сына а те пытаются возразить, что она сама его балует. Круг замыкается и начинает повторяться снова. Терапевт дает возможность проявиться этой циркулярной последовательности на этапе групповой дискуссии проблемной стадии интервью, наблюдая за взаимодействием членов семьи. Оценив этот паттерн, в дальнейшем он стремится к тому, чтобы его не спровоцировали занять место старших мужчин семьи в обсуждении проблем Сергея. На других стадиях интервью терапевт настойчиво прерывает возобновление подобной модели коммуникаций, используя циркулярные вопросы.

4) *Данные из истории семьи*
Супруги прожили в браке 26 лет, из них меньше года они жили без детей. Сначала старший сын был средоточием интересов семьи. С рождением брата Борис несколько отдалился от мамы и приблизился к отцу, хотя и продолжает быть очень привязанным к ней. Родители отрицают наличие каких-либо серьезных проблем между ними, хотя мама и жалуется на некоторую разницу в интересах: он — бывший военный, всю жизнь провел на службе, а она — человек с гуманитарными потребностями.

Из генограммы семьи (рис. 4.6) видно, что отец является старшим сыном в свой родительской семье. Мать — единственный ребенок. Возможно, лидерство отца подкрепляется его опытом старшего ребенка в семье родителей. Определенные трудности в их браке могут возникать вследствие недостатка опыта взаимоотношений с противоположным полом (у отца в семье не было сестер, мать — единственный ребенок). Создается впечатление, что близость супругов основана на существовании проблем у детей, необходимости постоянно им помогать. Кроме того, сфера профессиональной деятельности матери очень ограничена. Она почти всегда дома и следит за тем, чтобы Сергей делал уроки.

Между братьями довольно большая разница в возрасте — десять лет. Исходя из всей информации о семье, можно выдвинуть гипотезу, что супруги завели себе малыша, когда старший сын стоял на пороге подросткового возраста и его вовлеченность в семью стала уменьшаться.

Отметим еще два факта, косвенным образом характеризующие взаимоотношения в семье. По словам матери, ее родители много времени уделяли ей, но сами не были особенно близки. Отец матери, так же как и ее муж, был военным. Второй важной деталью, подкрепляющей, на наш взгляд, интенсивную связь матери с Сергеем, является совпадение (в пределах года) рождения Сергея и смерти ее отца. Возможно, что это трагическое событие укрепило особую роль младшего сына для матери.

5) *Проявление психосоматических симптомов у Сергея*

Астматические предвестники появляются у Сергея на даче (кроме занятий точными науками с отцом), когда у него возникает "потребность излить физическую энергию, но возможности для этого нет" (он мало гуляет и редко играет с ребятами). Раньше его "чрезмерную" подвижность пресекала мама, сейчас он сам себя сдерживает. На вопрос о том, какой вид спорта ему нравится, он отвечает, что с удовольствием занимался спортивной гимнастикой в 7 лет, но, к сожалению, секцию быстро расформировали. Еще он два года по настоянию отца занимался каратэ, но ходил туда без желания. По словам мамы, "единоборство не его вид спорта".

Функции симптомов

Выделим для начала ряд симптомов, о значении которых для семейной системы можно сформулировать гипотезы. В реальности вся жизнь семьи наполнена "симптоматическим поведением", однако многое не замечается членами семьи или не вызывает сильного беспокойства. Итак, отметим четыре "симптома": астма мамы, астма Сергея, общая неорганизованность Сергея и его невнимательность в учебе, его "ступор" в занятиях с мамой (появился недавно).

С точки зрения стадий *жизненного цикла* данная семья находится на этапе, когда дети покидают дом и создают собственные семьи (старший сын уже предпринимал такую попытку). Для семьи, особенно если супруги привыкли взаимодействовать друг с другом посредством детей, наступает трудный период разрушения старых внутрисемейных связей и необходимости больше взаимодействовать друг с другом напрямую. Отражением "трудностей расставания" являются конфликты между мамой и старшим сыном, астма мамы, которая вызывает у Бориса тревогу и необходимость быть рядом с ней. Александер (1950) считает, что психодинамическим конфликтным фактором, вызывающим астму, является сильная бессознательная потребность в защите, ласке и покровительстве. С точки зрения функционирования семейной системы, астма матери способствует отказу Бориса от брака и возвращению в семью.

Сергей очень близок к маме, буквально "настроен на ее волну". Мама — преподаватель иностранного языка, и он выбирает гуманитарные предметы в качестве любимых. Он прекращает заниматься каратэ, так как это не нравится маме. У мамы астма, и он заболевает тем же. Старший брат — врач-педиатр. У него будет больше оснований бывать в семье, если в ней будут двое больных. Мама конфликтует со старшим сыном, и Сергей всегда рядом, он — примиритель. Чтобы не оставлять маму одну, он жертвует своими контактами с одноклассниками.

Для мамы Сергей умудряется быть талантливым, подающим надежды и одновременно проблемным ребенком. Создается впечатление, что семье в течение многих лет необходима проблема, чтобы маме, испытывающей трудности самореализации на работе, было чем заняться и в отсутствие мужа. Проблемы Бориса с учебой в течение многих лет вызывали у нее беспокойство. Сейчас эстафета "проблемности" перешла по наследству к младшему брату. Кроме того, необходимость заниматься химией с Сергеем также способствует "привлечению" Бориса в семью. Отец тоже вынужден приходить раньше с работы, чтобы успеть позаниматься с сыном. "Неорганизованность в учебе" Сергея собирает всю семью вместе.

Все эти симптомы, встроенные в семью, выполняют морфостатическую функцию и способствуют сохранению системы такой, какая она есть. Потребность в помощи извне отсутствует. Благодаря этим симптомам система стабилизирует саму себя. *Семейный миф* можно сформулировать следующим образом: "Ребенок (сначала старший, теперь младший) слаб, болен, неорганизован и т.д. Следовательно, он не может существовать отдельно, без контроля родителей".

Семья приходит к психологу в тот момент, когда маме вдруг становится трудно с младшим сыном. Сергей реагирует "ступором" и "тупостью" на занятия любимыми предметами с мамой. Кроме того, его астма уже несет в себе другой смысл, возникая в ситуации несвободы. Его симптомы приобретают сигнальный характер ("оставьте меня в покое"), становятся закодированным требованием большей независимости. Если старший брат

открыто конфликтует с мамой за большее жизненное пространство, то младший оказывает пассивное сопротивление.

Семья одновременно просит помощи и желает, чтобы все осталось так, как было.

Семейная терапия

Работа с этой семьей начинается с позитивной коннотации (техника миланской школы, см. Palazzoli M. S. et all, 1975), в которой поведение всех членов семьи оценивается положительно, как направленное на ее выживание. Симптоматическое поведение Сергея (его невнимательность в учебе) оценивается как спонтанная жертва во благо семьи, так как носит явный объединяющий характер. Поведение Бориса и родителей характеризуется как ответственное и помогающее Сергею и т.д.

Через позитивное оценивание терапевт находит подход к семье, не рискуя быть отвергнутым. Кроме того, позитивная коннотация открывает путь к парадоксальному предписанию: если идентифицированный пациент (Сергей) демонстрирует симптоматическое поведение во благо семьи или одного из ее членов, то терапевт предписывает продолжение симптоматического поведения. Предписание *не меняться* является очень могущественным, так как оно 1) появляется в контексте изменений и 2) расшатывает ожидания членов семьи, что терапевту нужны их изменения, которые они ощущали бы как нечто угрожающее.

Все это запускает в семейной системе другие процессы саморегуляции, менее симптоматические. Члены семьи начинают обсуждать темы одиночества мамы в семье, ее неудачи в карьере, непонимание между супругами, соперничество братьев и т.д., которые выносятся на последующие терапевтические сессии.

СЕМЬЯ Д.
ДОМАШНЕЕ ВОРОВСТВО

Работая в психологической консультации с проблемным ребенком и его семьей, полезно постоянно менять угол зрения на предъявляемые проблемы. Является ли симптоматическое поведение следствием интрапсихического конфликта, биологических нарушений, дисфункциональных паттернов внутрисемейного взаимодействия или возникает под влиянием враждебного социального окружения? Важно рассмотреть все варианты. Удобным средством систематизации частных гипотез является стратегическая модель Оудсхоорна. Используя эту модель, можно любую проблему представить в виде "слоеного пирога", состоящего из шестити уровней (см. параграф 1.3).

Каждый уровень обслуживают соответствующие психологические/биологические теории, которые служат основой для выдвижения частных гипотез и выбора терапевтических стратегий. Подход Оудсхоорна является мультимодельным, то есть таким, в котором психоаналитические, поведенческие, когнитивные, коммуникативные и системные семейные теории не противоречат друг другу. Они лишь отражают реальность на разных уровнях глобальной системы.

Сочетание *интегративной модели* системной семейной психотерапевтической диагностики с *моделью Оудсхоорна* позволяет:

1. Провести более целостную диагностику предъявляемых проблем.
2. Разграничить сферы компетенции разных специалистов и ориентировать пациента и его семью на другие виды помощи помимо семейной терапии, если это необходимо.

Таким образом, объединение этих двух моделей может служить теоретической основой для взаимодействия специалистов разного профиля.

Совместное использование интегративной модели и модели Оудсхоорна

для структурирования информации и выдвижения гипотез на примере семьи Д.

Повод для обращения. Кто направил

В психологическую консультацию приводят мальчика двенадцати лет с проблемой домашнего воровства. Виталик ворует деньги из дома с восьми лет, однако за несколько месяцев, предшествующих встрече с психологом, его воровство особенно участилось. В последний раз на украденные деньги он купил сигнальный пистолет и принес его в школу. Кто-то из ребят, стреляя из него, ранил другого мальчика. Был большой скандал. Это и заставило обратиться в консультацию.

Инициатором прихода является отец, который не понимает, почему сын это делает, и во всем винит его “махровый эгоизм”. На второй прием терапевт приглашает всю семью.

Первый уровень. Проблемы с внешним социальным окружением

За неделю до последней кражи старший мальчик отобрал у Виталика карманные деньги. Кроме того, в классе есть мальчик, который часто его обижает. Гипотеза этого уровня может выглядеть так: Виталик украл деньги, чтобы купить пистолет и защититься от подобных случаев. Проблемы первого уровня требуют вмешательства в социальное окружение подростка. Традиционно этой областью занимаются социальные работники, классные руководители и т.д.

Второй уровень. Семейная система

Семья состоит из четырех человек. Отец, около 50 лет, бывший заведующий лабораторией проектного института, на момент консультации безработный. Мать, 49 лет, научный сотрудник, биолог. Старший сын Андрей, 18 лет, коммерческий директор торговой фирмы. Младший сын Виталик, 12 лет, ученик шестого класса. Семья живет в двухкомнатной квартире. Генограмма семейной системы приведена на рис 4.9. Анализ семейных конфликтов проведен отдельно после описания проблем на других уровнях.

Третий уровень. Проблемы уровня сознания. Когнитивные и поведенческие проблемы

У Виталика заниженная самооценка. Он дружит только с соседским мальчиком. Он берет деньги у родителей и покупает модные игрушки, чтобы повысить свой престиж в глазах одноклассников. Старший брат совсем не интересуется младшим, но является для него авторитетом. Виталик копирует поведение брата, его прическу, манеру одеваться. Научение происходит через подражание. Андрей зарабатывает деньги сомнительными торговыми операциями, младший — ворует их в семье.

Этот уровень обслуживают когнитивные и поведенческие теории. Для Виталика будет полезной работа над позитивным самовосприятием, тренинг уверенности в себе.

Четвертый уровень. Эмоциональные конфликты с аспектами бессознательного

Гипотезы данного уровня могут предполагать, что домашнее воровство представляет собой проявление подавляемой агрессивности, “злости на мать и старшего брата”, дефицит общения с которыми Виталик ощущает. Он ворует деньги только у них и у бабушки с материнской стороны и никогда — у бабушки со стороны отца. Подавляемая агрессивность проявляется также в играх с огнем, ломании игрушек: “Ему нравится все разрушать”, — говорит мама.

Виталик чувствует вину за свою враждебность по отношению к близким и часто с удовольствием принимает наказание: “Это правильно, что меня наказывают. Чем сильнее меня ругают, тем большая сила меня сдерживает”. Таким образом, мальчик не только добивается внимания к себе, но и его чувство вины за злость к родственникам получает облегчение через принятие кары. Частая травматизация (сотрясение мозга, ушибы, переломы) также может быть отражением этой тенденции.

У мальчика отчетливо проявляется сепарационная тревога. У него часто возникают проблемы, когда он надолго уезжает из дома: гостит у бабушки два месяца — ворует у нее деньги; живет с отцом на даче — падает с велосипеда и попадает в больницу с сотрясением мозга; его отправляют в лагерь — у него возникает сильный астматический приступ и т.д.

Психотерапия на этом уровне ориентирована на психодинамику.

Пятый уровень.
Нарушения развития и личностные аномалии

Виталик выглядит довольно инфантильным мальчиком для своего возраста, однако патохаратерологического диагноза ему психиатр не ставит.

Шестой уровень.
Биологические нарушения

Близорукость, астматические приступы, частая травматизация.

Беременность, роды, раннее развитие в пределах нормы.

На этом уровне чаще всего показана медикаментозная терапия.

Все эти уровни взаимозависимы. Оказывая воздействие на один из них, мы опосредованно влияем на все остальные. Чем выше уровень, тем более оптимистично для работы психотерапевта выглядит гипотеза. Разрабатывая стратегию психотерапии, необходимо выбрать не более трех уровней, где нарушения наиболее выражены, и сосредоточиться на них.

Анализ проблем уровня семейной системы

Данные из истории семьи

Мать и старший сын образуют устойчивую коалицию против отца. Супруги живут в состоянии хронического конфликта и находятся на грани развода. Одной из основных претензий к мужу является его неспособность зарабатывать деньги, быть лидером в семье. На этой почве возникают серьезные раздоры отца со старшим сыном. Они почти не разговаривают. Андрей после школы не захотел продолжить образование, на чем настаивал отец, а занялся торговыми операциями. В этом его полностью поддерживает мать. В настоящее время Андрей живет своей жизнью, часто не ночует дома. Деньги, которые он зарабатывает, тратит в основном на себя. Мать очень переживает, часто звонит ему на работу.

Виталик был ребенком, родившимся не вовремя. В это время его мать устраивалась в аспирантуру, отец менял работу. Все надежды и чаяния семьи были сосредоточены вокруг старшего сына. Младший же рос, “как трава”, по словам матери.

На рис. 4.10 показана хронология последних нескольких лет жизни семьи.

Дополнительная информация
о семьях родителей Виталика

Отец происходит из семьи технической интеллигенции, где образование считали высокой ценностью. В семье матери считали важным, что ее отец хорошо зарабатывал, а

мать могла работать не полный рабочий день. Сама мать Виталика выходила замуж за преуспевающего руководителя крупной научно-исследовательской лаборатории оборонного предприятия. Однако через несколько лет брака выяснилась, что их функции в семье плохо согласованы. Каждый больше ожидал заботы партнера о себе, чем мог реально предложить ее сам. (Брак младшего ребенка с единственным, см. параграф 2.6). Отношения еще больше обострились, когда вследствие социальных изменений в России отец оказался профессионально и финансово несостоятельным. Можно сказать, что в этой точке произошло пересечение дисфункций социальной и семейной систем.

Структура семьи

а) Сплоченность
На данном этапе своего развития семья представляет собой разобщенную систему. Разобщенность наблюдается как во всей семье в целом, так и в отдельных ее подсистемах. Отец живет отдельно от семьи, поскольку между супругами имеются серьезные разногласия; братья взаимодействуют крайне редко; старший сын все время на работе или с друзьями; Виталик "растет как трава", часто остается в одиночестве, так как мать работает, и вообще, по ее словам, она "женщина-общественница". Наиболее близкие люди в семье, мать и Андрей, в последнее время видятся тоже редко и объединяются в основном против отца или когда возникают проблемы у Виталика. *На терапевтической сессии* семья сидит в такой последовательности: Андрей, рядом с ним мать, далее через стол отец и в самом углу — Виталик.

б) Иерархия
Наиболее авторитетным человеком в семье является мать. Она управляет, апеллируя к собственной слабости как женщины и взывая к мужским качествам членов своей семьи. (Довольно типичный паттерн для младшей дочери в семье). Можно предположить, что мать и старший сын образуют орган управления этой довольно хаотичной семейной системы. Отец и Виталик — младшие в семье.

в) Границы
Внешние и внутренние границы очень слабые и проницаемые. Супружеская подсистема и подсистема братьев в настоящий момент практически не функционируют.

Взаимодействие членов семьи.
Циркулярные гипотезы

Используя сочетание "линии времени" и генограммы, рис. 4.11 показывает, как изменились взаимоотношения в семье Д. с 1990 по 1995 гг. Место "козла отпущения", с которым борются мать и Андрей, занял Виталик, заменив в этой роли отца.

Циркулярный процесс в семье Д., включающий в себя проблемное поведение Виталика, выглядит примерно следующим образом:

1. Отец — у своей матери, мать — на работе, Андрей не ночует дома.
2. Виталик крадет деньги.
3. Мать обнаруживает пропажу, звонит отцу и Андрею, пытается поговорить с Виталиком сама.
4. Приезжает отец. Для него это страшный удар. "В нашей семье воров никогда не было". Супруги обсуждают, что делать с Виталиком. Отец пытается узнать, почему он это делает, ругает его. Приходит с работы Андрей, бьет младшего брата.
5. Виталик обещает больше так не делать. Отец несколько дней проводит в семье.
6. Супруги спорят о будущем Андрея.
7. Все постепенно начинают заниматься своими делами (система переходит в точку 1).
8. Через 2—3 недели Виталик снова ворует деньги и т.д.

Интересно, что на *терапевтическом приеме с семьей* можно было наблюдать сходную последовательность взаимодействий. Разговор о проблемах Виталика без каких-либо

специальных действий терапевта легко переключается на будущее Андрея. Вспыхивает старый спор. Обсуждается дилемма: учиться — зарабатывать деньги, как освободиться от армии и т.д. Виталик, из-за проблем которого семья собралась вместе, остается в стороне общего разговора.

Гипотезы о функциях проблемного поведения в семейной системе

Воровство Виталика приводит к следующим результатам:

1. Частично восполняет дефицит внимания членов семьи к себе (лучше отрицательное внимание, чем никакого). Интересно звучит его объяснение, почему он ворует: "Как будто какой-то голос нашептывает мне, что я плохо живу, и подталкивает меня взять деньги". Довольно часто детское домашнее воровство может быть понято как метафора "украденной любви".

2. Родители вынуждены больше контактировать друг с другом, обсуждая его поведение, и отодвигают собственные разногласия на второй план. Виталик воровал деньги и раньше, однако его воровство стало столь частым именно в момент угрозы разрушения семьи. Воровство Виталика усиливает позицию отца в семье, так как он становится нужным для решения этой проблемы.

3. Воруя деньги у старшего брата, он возвращает его на некоторое время в семью, т.к. тот вынужден чаще обсуждать эту проблему с матерью. Семья находится на *стадии развития жизненного цикла*, когда дети начинают покидать дом. Это, в свою очередь, усиливает тревогу у членов семьи, что она может распасться. Споры отца с Андреем могут быть также поняты не только исходя из ценностей семьи отца, но и как реакция на отдаление и угрозу потери уважения сына.

Таким образом, "махровый эгоизм" Виталика служит целям объединения всей семьи на почве борьбы с его проблемой.

Планирование терапии

Цели терапии:

1. Понизить разобщенность семейной системы в целом, используя проблему Виталика как рычаг. Раз он ведет к объединению семьи, терапевт должен воспользоваться его функцией и постараться организовать сотрудничество членов семьи на этой основе. То, что семья собралась на приеме у терапевта в полном составе, может свидетельствовать об их желании сохранить отношения друг с другом и возможность работать как одна команда. Это дает некоторые основания для терапевтического оптимизма.

2. Изменить негативное восприятие членов семьи друг другом. Для этого терапевту необходимо позитивно переопределить их роли и всю проблему в целом как сигнал Виталика, что семья может разрушиться и должны быть предприняты меры по ее спасению.

3. Уменьшить разногласия отца и старшего сына, способствовать тому, чтобы они приняли позиции друг друга.

4. Постараться вывести Виталика из роли семейного аутсайдера, укрепив его отношения с родителями и старшим брата, поощряя проявление ответственности Андрея за младшего брата.

5. Выяснить, хотят ли супруги продолжать отношения, и если да, то им, возможно, потребуется супружеская терапия, чтобы найти новые основания для брака. В этом они испытывают наибольшие колебания в данный момент, особенно жена. Если супруги примут решение о разводе, то с помощью терапевта могут быть огранизованы переговоры о завершении отношений, сотрудничестве в заботе о детях, а также о том, чтобы не использовать проблемы Виталика как средство семейной коммуникации.

В семейную терапию могут быть включены индивидуальные сессии, например, с отцом. Их цель — помочь преодолеть профессиональный кризис и выработать новые способы самореализации. Косвенным образом это также будет способствовать интеграции семьи. Однако важно, чтобы терапевт не приглашал на индивидуальные встречи только одного члена семьи. Иначе это может быть воспринято другими как указание на коалицию с терапевтом или единственную причину семейного кризиса.

Этапы терапии:

1. Интеграция семьи на основе помощи Виталику и снижение симптоматического поведения.

2. Фокусирование на супружеской проблематике.

Предложение данной семье начать с взаимоотношений супругов может привести к ее отказу от терапии, так как в данный момент супружеские проблемы рассматриваются ими как неразрешимые и наиболее болезненные. К ним лучше перейти после удачного опыта сотрудничества супругов в решении проблем детей.

Семейная терапия проводилась в течение года. За это время состоялось 14 встреч с семьей, половина которых была проведена в первые три месяца. Отношения между всеми членами семьи изменились в лучшую сторону, хотя супруги и не оставили окончательно мыслей о разводе. К концу года Андрей переселился к своей девушке, отцу удалось преодолеть депрессивное настроение, он предпринял несколько попыток устроиться на работу, занимаясь в основном наладкой оборудования. Виталик больше не воровал деньги, его отношения со сверстниками несколько укрепились на почве его компетентности в компьютерах, в чем ему помогли друзья брата и отец.

Как показывает анализ случаев, проведенный в данной главе, *интегративная модель системной семейной психотерапевтической диагностики:*

- помогает структурировать огромную массу информации о семейной системе и сопоставлять внешне непохожую проблематику разных семей, сводя ее к общим критериям оценки;
- всесторонне описывает семейную систему, обеспечивая взгляд на нее с наиболее важных углов зрения;
- позволяет терапевту выработать собственную позицию относительно проблем семьи и избежать некритического принятия искаженного мнения семьи о своих трудностях;
- дает возможность экономить время диагностического исследования и позволяет выдвигать на ее основе много обоснованных гипотез;
- указывает на пробелы и пропуски проведенной диагностики и помогает ее корректировать;
- помогает выделить область профессиональной компетентности семейного терапевта и обобщить цели терапии;
- позволяет отслеживать влияние действий терапевта на семейную систему.

Интегративная модель, как и всякая область практической помощи людям, требует специального обучения. Этой теме будет посвящена следующая глава.

Глава 5

ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ В СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ НА ОСНОВЕ ИНТЕГРАТИВНОЙ МОДЕЛИ

Данная глава посвящена проблеме подготовки специалистов, оказывающих психотерапевтическую помощь пациентам и их семьям.

Перед начинающим терапевтом предстает безбрежное море семейной феноменологии, частных объяснительных концепций и фрагментарных теорий. Для чтобы быть эффективной, теория терапии должна не только адекватно отражать реальность, но и быть по возможности простой и удобной. Интегративная модель легко усваивается студентами и позволяет эффективнее строить обучение профессионалов, так как предлагает единую методологическую основу для анализа семейных проблем.

В данной главе анализируются цели, виды и этапы обучения, приводится программа тренинга и описание специально разработанных упражнений на освоение параметров модели.

5.1. ЦЕЛИ ОБУЧАЮЩЕЙ ПРОГРАММЫ

Вне зависимости от психотерапевтической школы семейный терапевт должен должен, во-первых, уметь устанавливать и поддерживать терапевтические отношения с членами семьи, во-вторых, быть способным анализировать состояния клиента и его семейной системы, в-третьих, уметь действовать, т.е. с помощью осознанного вмешательства создавать условия для развития и изменений.

Ж.М. Клегорн и С. Левин (1973) выделяют три группы навыков, которым надо обучать семейных терапевтов: навыки восприятия, концептуальные и исполнительские навыки. *Навыки восприятия* подразумевают способность терапевта наблюдать за паттернами взаимодействия и понимать, какое влияние они оказывают на каждого члена семьи в отдельности и на всю семью в целом. Терапевт должен быть тренированным наблюдателем. Кроме того, терапевту необходимо замечать, какое воздействие семья оказывает на него самого и как он сам влияет на семейную систему. Под *концептуальными навыками* имеется в виду способность выражать наблюдаемые явления в терминах, относящихся ко всей семье в целом, а не к отдельным ее членам. Терапевт должен уметь видеть, что семья функционирует как система, и формулировать идентифицированные проблемы в терминах взаимодействий. *Исполнительные навыки* — это широкий диапазон техник и стратегий, которые терапевт использует для работы с семьей.

Очевидно, что эти три группы навыков в некоторой степени пересекаются. В навыках восприятия присутствуют и концептуальные аспекты, так как на то, что воспринимает терапевт, существенно влияют используемые им схемы интерпретации данных. Однако такое деление представляется удобным, поскольку позволяет подчеркнуть разные задачи, стоящие перед терапевтом в процессе обучения и работы с семьей.

Разработанная обучающая программа рассчитана на психологов, педагогов, психиатров и социальных работников, желающих получить дополнительную подготовку в области семейной терапии.

Целью обучения является овладение участниками концептуальным аппаратом интегративной модели системной семейной психотерапевтической диагностики, навыками восприятия внутрисемейных взаимодействий и базовыми навыками ведения терапевтического интервью со всей семьей в целом.

На цели обучения большое влияние оказывает уровень подготовки участников тренинга. Так, для начинающих терапевтов дается общее представление об интегративной модели и основной акцент делается на развитие навыков восприятия и концептуализа-

ции представленных проблем в терминах интегративной модели. С исполнительскими навыками участники знакомятся сначала в общих чертах и отрабатывают их на последующих тренингах. Обучая терапевтов, имеющих опыт работы с семьей в системном направлении, следует выбирать конкретные темы интегративной модели и больше ориентироваться на развитие навыков исполнения.

Для семейного консультанта важно также умение сочетать профессиональную подготовку с продвижением в решении личных проблем. Если для индивидуально ориентированного психотерапевта одну из наибольших опасностей представляет контрперенос, то в семейной терапии существует реальная опасность быть втянутым в коалицию с кем-нибудь из членов семьи против других. Обычно это приводит к тому, что либо семья уходит из терапии, либо сам терапевт превращается в особый тип гомеостатического механизма, консервирующего семейную систему и препятствующего изменениям. Внутренняя проработанность специалиста является одним из важных требований к представителям "помогающих" профессий и обеспечивает соблюдение терапевтом позиции нейтральности в работе с семьей. Кроме того, терапевт будет значительно эффективнее применять те терапевтические техники, которые он опробовал на себе. Поэтому одной из задач обучающей программы должна быть помощь участникам в преодолении собственных личностных и профессиональных барьеров.

5.2. ПРОЦЕДУРНО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ

Обучение интегративной модели системной семейной психотерапевтической диагностики может осуществляться в виде отдельной мастерской (3 — 5 дней) или включаться в более длительные программы. Данный цикл носит название "Тренинг терапевтических навыков работы с семьей" и является первым из шести в двухлетней программе подготовки семейных терапевтов, проводящейся при Институте групповой и семейной терапии (г. Москва). Обучение проходит в группе численностью 10 — 20 человек и осуществляется в интенсивном режиме (по 8 — 10 часов ежедневно с часовыми перерывами на обед) [Черников А.В., 2001].

5.3. ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ОБУЧЕНИЯ И ЭТАПЫ ТРЕНИНГОВОЙ ПРОГРАММЫ

Одной из важнейших проблем психотерапевтической практики является проблема накопления и передачи опыта организации психологической помощи. Очевидно, что обучиться процессу психотерапии, только слушая о нем или читая специальную литературу, можно лишь в самых общих чертах. Описание может "заговорить" лишь для тех, кто сам был участником этого процесса. Поэтому задачей обучающих программ для психологов-практиков является создание таких условий, которые позволили бы им получить разнообразный опыт участия в качестве клиента, терапевта и наблюдателя взаимодействия психолога с членами семьи.

В программе используются следующие формы обучения:

1) *Теоретическая подготовка* в ходе лекций, дискуссий и чтения рекомендованной литературы. Это относится в основном к перцептивным и концептуальным навыкам.

2) *Моделирование терапевтических навыков*. Ведущий выступает как модель для подражания. Демонстрационные сеансы служат для развития навыков восприятия и исполнения. Это обычно проходит в виде имитационных сессий. Иногда используются аудио (видео) записи сеансов ведущих западных или отечественных терапевтов. Имплицитное научение происходит в процессе бесед. В частности, примером для обучающихся может служить мгновенная обратная связь от ведущих: что и зачем они делали в определенный момент сессии. Наконец, скрытое обучение происходит во время пересказа преподавателем его сеансов, в которых он использовал определенный подход. Если обучающиеся имеют терапевтический опыт, то они могут обсуждать проблемы, возникающие в

их собственной практике. Участники программы могут сами проводить демонстрационные сеансы — служить положительным или отрицательным примером. Иногда бывает полезным посмотреть на то, как не надо делать. Супервизия ведущих позволяет участникам углубить понимание происходящего.

3) *Отработка навыков.* Упражнения позволяют развивать разные виды навыков (исполнительские, концептуальные, навыки восприятия). Они отрабатываются в парах, небольших группах (по 3 — 5 человек) или при участии всей группы. Темы для работы могут быть заданы самими участниками тренинга.

Чтобы обучение было эффективнее, в тренинге должны быть использованы основополагающие принципы терапии. Если терапевт связывает изменения с созданием благоприятной доброжелательной атмосферы, то и обучающий тренинг следует проводить в такой же обстановке. Если терапевт заключает контракт с семьей на работу, то и цели обучения необходимо тщательно обсудить с участниками тренинга. Если терапевт считает, что он несет ответственность за то, что происходит у него на приеме, и выступает режиссером терапевтического процесса, то тренинг тоже должен гибко сочетать пожелания участников с достаточной структурированностью обучения. Как терапевт является моделью для членов семьи, так и поведение ведущего может копироваться участниками тренинга. Чтобы изменения происходили, терапевт должен мотивировать членов семьи на их совершение. Точно так же ведущий побуждает участников выполнить то или иное упражнение, объясняя их смысл и пользу, которую они извлекут из него и т.д.

Обучающий тренинг, как и терапия, движется по определенным стадиям, хотя эти стадии не обязательно совпадают. Перечислим выделенные нами шесть стадий обучающего тренинга по интегративной модели:

Стадия 1. Знакомство с участниками тренинга. Определение целей и заключение контракта на работу.

Стадия 2. Вхождение в проблематику интегративной модели. Лекции, упражнения в парах, короткие примеры случаев и терапевтических ситуаций.

Стадия 3. Демонстрация образца. Ведущие проводят терапевтический сеанс со "смоделированной" семьей. Диагностический разбор случая по схеме интегративной модели. Обсуждение вариантов продолжения работы с данной семьей. Обзор использованных технических приемов.

Стадия 4. Тренинг отдельных навыков и технических элементов. Обсуждение трудностей их исполнения.

Стадия 5. Участники выступают в роли терапевтов при проведении полной сессии в игровой ситуации со "смоделированной" семьей. Ведущие оказывают помощь как супервизоры их сеансов.

Стадия 6. Подведение итогов тренинга, ответы на вопросы, обсуждение целей и перспектив новых встреч.

Обучающая программа предусматривает постепенный переход участников тренинга к самостоятельной работе. К концу обучения участники программы должны преодолеть страх перед работой со всей семьей в целом и попробовать себя в роли терапевтов, использующих целый комплекс навыков проведения интервью с семьей.

5.4. ПРИМЕРНАЯ ПРОГРАММА ТРЕХДНЕВНОГО ТРЕНИНГА

День первый

1) Знакомство

Ведущий просит участников представиться и сказать несколько слов о своей семье, области профессиональных интересов и о том, что привело их на эти занятия, что они ожидают от данного обучающего курса. Руководитель тренинга представляется сам и далее запускает этот процесс по кругу.

2) Групповая дискуссия

Происходит уточнение целей тренинга. Ведущий коротко рассказывает о том, чему бы он хотел его посвятить и что успеть за три дня. Участники высказывают свои пожелания, и программа тренинга несколько корректируется. Уточняются также организационные аспекты тренинга: сколько часов группа работает, когда начинает и когда заканчивает, сколько длятся перерывы и т.д. Заключается групповой контракт на трехдневную работу.

3) Лекционный фрагмент (около часа)

Тема 1. Интегративная модель системной семейной психотерапевтической диагностики. Ведущий коротко освещает идеи системной семейной терапии, рассказывает о предпосылках возникновения семейной терапии, основных школах и классиках системного подхода. В своей лекции он суммирует диагностические подходы к семейной системе, используя блоки идей интегративной модели.

Тема 2. Семейная история. Методы изучения семейной истории. Основные символы генограммы. Способы анализа исторического материала. Порядок рождения, пол и разница в возрасте между детьми в семье. Комплементарные и некомплементарные браки. Совпадения жизненных событий. Короткие примеры.

4) Упражнение "Генограмма"

Время — 40 мин.

Цели упражнения:

1. Знакомство с условными обозначениями и получение первичного навыка сбора информации по генограмме.
2. Выявление параллелей в семейных системах малознакомых людей, выбравших друг друга интуитивно, на основе предложенных критериев (аналог выбора партнера по браку).

Инструкция: Выберите из группы человека, чем-либо напоминающего кого-то в вашей собственной семье или, наоборот, восполняющего, по вашему мнению, недостающее в ней звено. Объединитесь с ним в пару, проинтервьюируйте и постройте генограммы друг друга.

После того как участники выполнят эту часть упражнения, ведущий просит их сравнить полученные генограммы и отметить совпадения, контрасты и возможную их комплементарность.

Обсуждение:

При сопоставлении своих генограмм участники довольно часто обнаруживают параллели. Например, участница, имеющая старшую сестру, может выбрать партнершу, которая является старшей дочерью в своей семье, или выяснится, что оба партнера потеряли кого-то из родителей в достаточно раннем возрасте, или оба происходят из семей, в которых разводятся крайне редко, и т.д. Если посвятить этому упражнению достаточно времени и дополнить формальный рисунок семейной родословной анализом отношений в родительских семьях партнеров, то можно увидеть, насколько обоснованным окажется якобы случайный выбор в данном упражнении.

5) Разбор случая

Ведущий предлагает анализ случая из собственной терапевтической практики. С помощью генограммы исследуется проблема выбора супругами друг друга, сходство и различие проблем их родительских семей. Рассматриваются семейные треугольники и механизмы передачи паттернов взаимоотношений в последующие поколения.

6) Лекционный фрагмент

Ведущий коротко рассказывает о целях и задачах оценочного интервью с семьей, кто из членов семьи на него приглашается, как в общих чертах оно строится и какие стадии проходит.

7) Демонстрационный сеанс (около часа)

Ведущий проводит демонстрацию оценочного интервью с "симулированной" семьей, которую разыгрывают желающие участники тренинга. Другие члены группы выступают в роли наблюдателей.

8) Обсуждение (около часа)

После короткого перерыва участники вместе с ведущим проводят детальный анализ сеанса. Ведущий просит сначала высказаться тех, кто играл семейные роли. Они выражают свои чувства из ролей членов семьи и наблюдения за ходом терапевтической сессии. Далее в свободном порядке высказываются остальные члены группы. Ведущий отвечает на вопросы. Разбор сессии происходит по двум направлениям. Во-первых, проводится диагностика сыгранной семьи с использованием интегративной модели по основным пунктам *карты структурирования информации о семейной системе, выдвижения гипотез и планирования терапии* (см. приложение 6). Во-вторых, ведущий разбирает технические элементы сессии, рассказывает о том, что, когда и зачем он делал. Обсуждаются перспективы дальнейшей работы с этой семьей, в общих чертах разрабатывается план терапии.

9) Лекционный фрагмент

Ведущий рассказывает о стадиях семейной терапии, профессиональной позиции терапевта, организационных аспектах терапии, дает панораму используемых техник.

10) Подведение итогов дня

Участники обмениваются впечатлениями, просят разобрать отдельные темы более подробно. Уточняется рабочий план на оставшиеся два дня.

День второй

1) Утренний круг высказываний участников

Члены группы говорят о своем настроении, с которым приступают к дальнейшей работе, задают новые вопросы и высказывают комментарии.

2) Лекционный фрагмент

Циркулярные процессы в семье. Некоторые типичные последовательности, включающие проблемное поведение. Прослеживание семейных взаимодействий. Циркулярное интервью миланской школы. Типы вопросов.

3) Ролевая игра "Порочный круг"

Время — 2 часа 30 мин.

Цели:

1. Тренинг наблюдательности при взаимодействиях.
2. Обучение системному восприятию семейных процессов.

Это упражнение состоит из нескольких этапов:

а) Участники делятся на небольшие группы по 3 — 6 человек. Оптимальное количество таких групп 3—4. Ведущий дает следующую инструкцию: "Вам нужно выбрать одну из семейных проблем или ситуаций, которая кажется важной и интересной членам вашей подгруппы. Обсудите различные аспекты этой ситуации, распределите роли и покажите ее всей группе в виде небольшой сценки, придумав для нее название. Ситуация, которую вы выберете, не должна быть личной проблемой кого-то из вас, так как нашей задачей в данный момент является развитие навыков восприятия, а не личная терапия участников группы. У вас есть 15 — 20 минут на подготовку".

б) Подготовка в малых группах.

в) Организуется импровизированная сцена, и одна из подгрупп показывает всем свою ситуацию. Участники должны разыграть ее, причем объяснения того, что они делают, на этом этапе должны быть сведены к минимуму. Как правило, участники спонтанно корректируют сюжет по ходу игры, и ситуация развивается по своим законам, часто довольно неожиданно для игроков.

г) Разбор ролевой игры, в котором принимает участие вся группа.

д) Следующая подгруппа предлагает свою сценку, затем следует ее разбор и так далее, пока не будут проиграны и обсуждены ситуации всех подгрупп. На каждую подгруппу отводится около 40 мин, после двух сценок может быть сделан перерыв на 10 мин.

Разбор ролевой игры происходит по следующей схеме:

а) Отчет играющих о своих чувствах в ролях людей, которых они представляли. Как они ощущали себя в этой ситуации, чего хотели достичь, каковы были их потребности. Ведущий намеренно проводит границу между персонажами сценки и личностями участников группы. Он относится к сыгранной роли как к произвольно выбранной участником театральной маске, и обращается к ним не по именам, а называет их роли. "Что чувствовал муж в этой ситуации? Чего он опасался? Как пережил этот конфликт ребенок? Что захотелось сделать в тот момент жене?" и т.д. Такое разграничение позволяет ведущему вести диагностический разбор сыгранной семьи, не травмируя и не вызывая сопротивления членов группы. Участники сами решают, проводить или не проводить параллели между игрой и собственной жизнью. Отчет игроков позволяет прояснить индивидуальные паттерны реагирования персонажей сценки.

б) Далее необходимо объединить их в последовательности, желательно в циркулярные. Ведущий еще раз коротко напоминает, какова была цепочка сюжетных ходов и реакций членов семьи (например: муж пришел, жена сказала, он ответил, ребенок заплакал, он ушел из дома и т.д.) Постепенно группа переходит к обсуждению того, что могло быть в семье данного типа до момента, разыгранного в ситуации, и что, возможно, произойдет впоследствии.

Ведущий может сказать примерно следующее: "Мы видели лишь один акт многоактной семейной пьесы. Нам известно: когда проблема не решается, то семья попадает в замкнутый круг, повторяя одни и те же ходы. Реакции членов семьи становятся стереотипными. Представьте себе, что вы семейный консультант и случайно наблюдали эту семейную сцену. Наша задача сейчас — проследить циркулярную последовательность семейных взаимодействий. Какие вопросы и кому из членов семьи вам хотелось бы задать, чтобы прояснить динамику семьи?"

Члены группы обучаются также отмечать циркулярные петли, которые происходят в самой сценке. Например, отец грубо ругает ребенка за плохую успеваемость. Тот начинает тереть глаза. Мать выступает на его защиту и говорит мужу, что он слишком строг. Отец отступает, но через некоторое время пытается снова возвратиться к проблеме. Ребенок снова принимает обиженный вид, и мама снова нападает на мужа и т.д. Модель

семейных коммуникаций в небольшой промежуток времени, возможно, отражает общий семейный подход к воспитанию и проблемы супружеских взаимоотношений.

в) Участники группы тренируются в построении различных системных гипотез, включающих в себя реакции всех членов семьи.

Ведущий время от времени спрашивает у участников, выдвигающих свои версии происходящего: "На чьей вы стороне в этой семье? Как это влияет на формулировку вашей гипотезы?" Подобная рефлексия помогает участникам прояснить свое собственное подключение к проблемам семьи и восстанавливает нейтральность позиции консультанта.

Диагностика семейной ситуации происходит по всем параметрам интегративной модели системной семейной психотерапевтической диагностики, объединяя таким образом полученные на тренинге знания.

4) Лекционный фрагмент

Структура семьи. Сплоченность, иерархия, границы семьи. Типы дисфункциональных структур в циркулярной модели Олсона, межпоколенные коалиции, перевернутая иерархия и другие структурные нарушения.

5) Дискуссия

Классификация структурных проблем на основе разыгранных в предыдущем упражнении семей. Ведущий приводит примеры из терапевтической практики, рассказывает о строении системного семейного теста Геринга и других способах диагностики семейных структур.

6) Подведение итогов дня, ответы на вопросы.

День третий

1) Разминочное упражнение на эмпатию

Членов группы просят прочувствовать настроение и ожидания своего соседа справа и высказаться об этом от его имени. Человек, от лица которого выступает его сосед, может потом внести свои коррективы, а затем высказывается от лица следующего участника, и т.д. по кругу. К этому моменту члены группы уже имеют двухдневный опыт общения, а потому, как правило, удается довольно хорошо "настроиться на волну" партнера. Кроме того, это упражнение является вводным для следующей техники.

2) Тренировка навыков установления контакта с семьей

Участники делятся на малые группы (5—6 человек). Двое играют роли терапевтов, остальные — членов семьи. Парная работа терапевтов используется для того, чтобы все участники получили подобный опыт. Ведущий ставит перед группой задачу проработать социальную стадию диагностической встречи с семьей. Они должны собрать первичную информацию о семье и установить хороший контакт со всеми членами семьи, никого не забыв. Им нужно справляться со слишком разговорчивыми, поощрять молчаливых и не переходить к проблемной стадии, пока необходимая социальная информация не будет собрана. Через некоторое время они останавливаются, обсуждают сильные и слабые моменты в присоединении терапевтов к семье, а затем меняются ролями.

3) Обсуждение задач жизненного цикла семьи

Участники остаются в малых группах. Ведущий коротко рассказывает о классификации стадий жизненного цикла и концепции обращения семьи в консультацию в переходные периоды между ними. Подгруппы выбирают одну-две стадии и в течение 10 — 15 минут должны написать как можно больше проблем и жизненных задач, свойственных этим

стадиям. Далее списки, наработанные в подгруппах, выносятся на всеобщее обсуждение.

4) Лекционный фрагмент

Функции симптоматического поведения в семейной системе. Симптом как коммуникативная метафора, часть циркулярной последовательности, призыв о помощи и способ стабилизации семейной системы. Переформулирование семейных проблем на основе обнаружения позитивных функций симптоматического поведения.

5) Упражнение "Практикум в позитивном переопределении"

Время — 40 мин.
Цель: обучение навыкам обратной связи.

Одним из вариантов реагирования на проблемную ситуацию является подчеркивание ее позитивных аспектов. Необходимо проводить различие между позитивной переоценкой и поддержкой клиентов. Если поддержка основана на принятии психотерапевтом идей и переживаний членов семьи, подбадривании их в случае необходимости, то позитивная переоценка позволяет показать определенные аспекты проблемного поведения в более выигрышном свете. Целью позитивной переоценки не является отрицание проблемы путем ее минимизирования. Она должна всегда основываться на правде. Терапевт просто указывает на те аспекты ситуации или поведения, которые прежде не были замечены из-за негативных эмоций и предубежденности членов семьи.

Существует много вариантов упражнений на переопределение. Например, кто-то из участников предлагает проблему. Она может быть выдумана или основана на реальном опыте, касаться индивидуальных трудностей или проблем взаимодействия. Его сосед должен попытаться найти позитивную формулировку данной проблемы. Если у него не получается, то такую попытку предпринимает следующий участник по кругу, и так до тех пор, пока не будет найден вариант, удовлетворяющий предложившего проблему.

Другой вариант тренировки этого навыка основан на методе мозгового штурма. Один член группы называет проблему, а вся группа комментирует ее всевозможными позитивными способами. Качество формулировок на данном этапе не играет роли, участники вольны придумывать самые фантастические версии. Это позволяет членам группы чувствовать себя более раскрепощенно и облегчает творческий процесс. На следующей стадии работы все идеи, выдвинутые в ходе мозгового штурма, тщательно анализируются и оцениваются с точки зрения применимости к данной проблеме.

6) Терапевтический сеанс участников под супервизией ведущего

Несколько участников группы играют семью, обратившуюся в консультацию за психологической помощью. Один-два участника тренинга на время становятся их терапевтами и проводят первую встречу с семьей. Они работают около часа. Оценочное интервью с "симулированной" семьей должно пройти все стадии: социальную, проблемную и стадию заключения терапевтического контракта. Время от времени ведущий устраивает перерыв и обсуждает с терапевтами, что они делают и с какой целью. Семья остается на своих местах, но участия в этом обсуждении не принимает. Ведущий должен избегать негативных оценок и формулировать обратную связь в виде вопросов и предложений по работе. Важно, чтобы у начинающих терапевтов возникло ощущение хотя бы некоторого успеха.

7) Групповая дискуссия

Обсуждение сеанса происходит с использованием карты структурирования информации о семейной системе, однако, в отличие от демонстрационной сессии первого дня, основной акцент делается не на диагностике, а на процессе терапии, использовании специальных техник и планировании работы с семьей. Участники уже знают о структуре

оценочной встречи, выполнили ряд упражнений и видели две терапевтические сессии. Это позволяет им лучше понимать назначение использованных терапевтических навыков.

8) Заключительный круг высказываний участников тренинга

Участники задают вопросы по всему курсу, делятся впечатлениями и обсуждают с ведущим варианты продолжения обучения.

5.5. ОСОБЕННОСТИ ОБУЧАЮЩЕЙ ПРОГРАММЫ

Мы уже упоминали, что обучающая программа должна моделировать тот тип терапии, которому учатся на тренинге. В своей работе с семьями мы больше всего опираемся на *стратегическое направление семейной терапии* (Дж. Хейли, К. Маданес, Д.Н. Оудсхоорн, М. Эриксон, А.О. Ланге, Ван дер Харт и др.), *структурную терапию* Сальвадора Минухина и *миланскую школу семейной терапии* (Мара Сельвини Палаззоли и др.). Во всех этих направлениях терапевты играют активную роль, организуют и направляют терапевтический процесс, планируют свои действия.

> "Психотерапия может быть названа стратегической, если клиницист определяет и инициирует то, что происходит в течение терапевтического сеанса, и намечает определенный подход для решения каждой проблемы. То, что происходит при встрече терапевта и человека, имеющего проблемы, определяется обоими, но при стратегической психотерапии инициативу берет на себя терапевт" [Хейли, 1995].

Таким образом, стратегическая терапия отличается прежде всего позицией психотерапевта. Кроме того, она прагматична, ориентирована на интеграцию технического репертуара разных терапевтических школ и принадлежит к разряду краткосрочной психотерапии (терапевтический процесс включает в себя до 16 — 20 сессий и длится не более полугода [Оудсхоорн, 1993]).

В идеале стратегический терапевт разрабатывает план терапии под каждую семью, учитывая уникальность личности каждого члена семьи, своеобразие их жизненной ситуации и образа жизни. "Он должен идентифицировать решаемые проблемы, наметить цели, определить необходимые виды вмешательства для достижения данных целей, проанализировать реакции, которые получает от клиента, чтобы откорректировать свой подход, и в конце концов посмотреть на результат терапии, чтобы определить, была ли она эффективной" [Хейли, 1995].

Точно так же ведущий обучающей программы, руководствуясь общими принципами организации тренинга и списком тем курса, должен создавать каждый раз уникальную программу под каждую конкретную группу в зависимости от ее запросов и уровня подготовки. Кроме того, ему следует гибко вносить в нее необходимые коррективы.

Логика разработанного нами обучающего тренинга состоит в том, что по мере его развития постепенно увеличивается количество процедур и упражнений, в которых участники действуют самостоятельно при общем контроле ведущего. Постепенно возрастает сложность их деятельности. В конце курса участники превращаются из слушателей лекций и наблюдателей сеанса руководителя в терапевтов, самостоятельно проводящих работу с "симулированной" семьей. Ведущий, продолжая отвечать за процесс обучения, отходит в тень и оказывает помощь только в случае затруднений.

Подбор упражнений и процедур вытекает из интегративной модели, иллюстрирует ее и развивает навыки ее применения на практике.

Руководителю обучения важно поддерживать баланс собственной внешней активности и активности участников. Если ведущий тренинга постоянно солирует — читает лекции, показывает свою работу, многословно отвечает на вопросы, — то участники оказывают-

ся в пассивной роли и не овладевают терапевтическими навыками. Если же он мало проявляет себя или теряет управление группой, то участникам не хватает моделей для подражания, развивается групповая динамика.

Одна из важных особенностей предлагаемой программы состоит в том, что в данном варианте тренинга групповая динамика искусственно сдерживается. Так как группа не является коллективом организации и представляет собой кратковременное объединение участников, то ведущий не занимается диагностикой и проработкой собственно групповых проблем. Для этого в мастерской такого типа просто нет времени. Подобная задача становится актуальной, когда группа участвует в длительных обучающих программах, ставящих целью полную подготовку семейных терапевтов. В этом случае группа естественным образом проходит все фазы группового процесса, и ведущему необходимо с этим считаться.

Важной особенностью данной мастерской является то, что она не может считаться собственно терапевтической группой для ее участников. Это группа овладения концептуальным аппаратом, навыками и техниками семейной терапии. В этой точке заканчивается изоморфизм данного тренинга и терапии.

Семья — естественная группа, существующая длительное время. Тренинговая группа — искусственное образование, созданное под конкретную задачу. Семейная терапия глубоко вовлекает личный опыт и переживания членов семьи. Обучающий тренинг направлен на овладение навыками и только частично обращается к личным проблемам участников в строго контролируемых пропорциях. Семейная терапия может привлекать к работе всю семью. На тренинге ведущий имеет дело с семейными системами участников через личность одного человека.

Самоопределение семейного терапевта в собственной семье и способность решать возникающие жизненные проблемы является важным условием его эффективности как профессионала. Однако, на наш взгляд, лучше организационно разделять работу над собственными проблемами и овладение профессиональными навыками.

Упражнения на самоисследование участников включаются в процедуры тренинга, более того, они необходимы для разогрева группы и выведения ее на более глубокий уровень работы, но строго дозируются ведущим. Руководитель явно и неявно предлагает участникам контролировать прорыв личностной проблематики. Он объясняет, что личная терапия участников не является задачей данного вида тренинга. Он просит также не делать свои собственные затруднения предметом ролевых игр, так как они не получат адекватной помощи, потому что упражнения преследуют другие цели.

Тренинги, ориентированные на помощь профессионалам в продвижении их работы с собственными семьями, обычно включаются в состав длительных программ обучения семейной терапии [Черников А.В., 2001].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целостный взгляд на функционирование семьи позволяет продемонстрировать взаимозависимость психологических проблем членов семьи и параметров семейной системы. В семейной системе симптоматическое поведение является частью циркулярных коммуникативных последовательностей, имеет функции, связанные со стабилизацией и развитием семейной системы, и может рассматриваться как коммуникативная метафора, отражающая некоторые групповые темы семьи.

Интегративная модель является развитием системного подхода к проблемам семьи. Ее основные параметры (структура семьи, взаимодействия ее членов, стадии развития жизненного цикла семьи, семейная история и функции проблемного поведения в семейной системе) обеспечивают всестороннее видение семейной ситуации и позволяют выдвинуть обоснованную программу терапевтической помощи. Она дает возможность обрабатывать огромный массив информации о семье, экономит время и позволяет сопоставлять внешне непохожую проблематику разных семей, сводя ее к общим критериям оценки. Модель позволяет отслеживать влияние действий терапевта на семейную систему и координировать работу семейного терапевта с другими специалистами.

Использование структуры треугольника в качестве единицы анализа семейной системы является основой собственно системного подхода. Описание семьи как маневрирующей системы позволяет учесть колебания параметров семейных структур.

Интегративная модель системной семейной психотерапевтической диагностики может быть положена в основу обучения профессионалов, оказывающих помощь семье (психологов, психиатров, социальных работников и т.д.).

ЛИТЕРАТУРА

Авксентьева М.В. Семья и болезнь. Структура, функции и динамика семьи, болезнь в семье и роль семейного врача. — М.: Медицинский вестник, 1994.

Алешина Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. — М.: Социальное здоровье России, 1994.

Баркер Ф. Использование метафор в психотерапии. — Воронеж: НПО "Модек", 1995.

Бейкер К.Г. Система охраны психического здоровья в США // Вопросы психологии. — 1990, — № 6.

Бейкер К.Г. Теория семейных систем М. Боуэна // Вопросы психологии. — 1991. — №6.

Бейтсон Г., Джексон Дон Д., Хейли Д., Уикленд Д..Х. К теории шизофрении // Моск. психотерапевтический журнал. — 1993 — № 1.

Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. — Л., 1992.

Берталанфи Л. фон. История и статус общей теории систем// Системные исследования. Ежегодник. — М., 1973. — С. 20—36.

Блауберг И.В., Садовский В.Н., Годин Ю.Г. Системный подход в современной науке // Проблемы методологии системного исследования: Сборник. — М., 1970.

Бодалев А.А., Столин В.В. Соколова Е.Т., Спиваковская А.С., Шмелев А.Г., Варга А.Я., Бутенко Г.П., Новикова Е.В., Смехов В.А., Баженова О.В. Семья в психологической консультации. Опыт и проблемы психологического консультирования. — М.: Педагогика, 1989.

Варга А.Я. Системная семейная психотерапия //Основные направления современной психотерапии. — М.: Когито-Центр, 2000. — С. 180—224.

Васильева Т.П. О некоторых аспектах социально-гигиенической характеристики семьи в условиях повышения возрастной плодовитости // Прогнозирование и профилактика нарушений здоровья матери и ребенка. — М., 1988. — С. 17—22.

Витакер К., Бамберри В. Танцы с семьей. — М.: НФ "Класс", 1997.

Гальбух Ю.С. Теория систем — новое научное направление. — Ташкент, 1972.

Гуткина Н.И. Младший школьный возраст // Рабочая книга школьного психолога. — М.: Просвещение, 1991.

Джеймс М., Джонгвард Д. Рожденные выигрывать. — М.: Прогресс Универс, 1993.

Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков. — Л.: Медицина, 1988.

Капра Ф. Уроки мудрости. Разговоры с замечательными людьми. — М.— Киев, 1996.

Каплан Х.С. Иллюстрированное руководство по секс-терапии. — М.: НФ "Класс", 1994.

Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. В 2-х томах. — М.: Медицина, 1994.

Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний. — М.: Медицина, 1991.

Лейтц Г. Психодрама: Теория и практика. — М.: Прогресс Универс, 1994.

Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л.: Медицина., 1983.

Лосева В.К. Рисуем семью. РАО, Ассоциация "Профессиональное образование", Серия "Психологическая помощь и консультирование", вып. 1, — М., 1995.

Мягер В.К. Мишина Т.М. Семейная психотерапия: Руководство по психотерапии. — Л.: Медицина, 1979.

Норвуд Р. Надо ли быть рабой любви? — М.: Мирт, 1994.

Оудсхоорн Д.Н. Детская и подростковая психиатрия. Приложение к журналу "Социальная и клиническая психиатрия" — М., 1993.

Пэпп П. Семейная терапия и ее парадоксы. — М.: НФ "Класс", 1998.

Ричардсон Р. Сила семейных уз. Руководство по психотерапии в помощь семье. — СПб.: Акцидент; Ленато, 1994.

Садовский В.Н. Логико-методологический анализ "Общей теории систем" Л. фон Берталанфи // Проблемы методологии системного исследования. М., 1970.

Саймон Р. Один к одному. Беседы с создателями семейной терапии. — М.: НФ "Класс", 1996.

Сетров М.И. Принцип системности и его основные понятия // Проблемы методологии системного исследования. М., 1970.

Сноу Д.-Д. Семейная терапия как метод социальной работы // Теория и практика социальной работы. Т. 1. — Москва — Тула, 1993.

Соколова Е.Т. Влияние на самооценку нарушений эмоциональных контактов между родителями и ребенком и формирование аномалий личности. — М., 1981.

Спиваковская А.С. Профилактика детских неврозов. Комплексная психологическая коррекция. — М.: МГУ, 1988.

Спиваковская А.С., Черников А.В., Мясникова С.Н., Теперик Р.Ф. Модели социально-психологических тренингов для обеспечения эффективного контакта в работе с семьей // Проблемы семьи и семейной политики. Вып. 3. — НИИ семьи, Министерство социальной защиты населения РФ, 1993. — С. 142—159.

Хейли Дж. Необычайная психотерапия. Психотерапевтические техники Милтона Эриксона. — СПб., 1995.

Хеллер С., Ли Стил Т. Монстры и волшебные палочки. — Киев, 1995.

Хоментаускас Т. Использование детского рисунка для исследования внутрисемейных отношений // Вопросы психологии. — 1986. — №1.

Хорни К. Наши внутренние конфликты. Конструктивная теория невроза // Психоанализ и культура. М.: Юристъ, 1995.

Черников А.В. Системная семейная психотерапия как модель помощи взрослым и детям // Мир психологии. Научно-методический журнал. — 1996. — №1.

Черников А.В. Интегративная модель системной семейной психотерапевтической диагностики // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук. М., 1996.

Черников А.В. Генограмма и категории анализа семейной истории // Психологическая консультация. Научно-популярный журнал. Вып.1. — М., 1998. — С. 109—125.

Черников А.В. Системная семейная психотерапия. Теория и практика // Семейная психология и семейная терапия. Ежеквартальный научно-практический журнал. — 1998. — №1. — С. 103—111.

Черников А.В. Системная семейная терапия // Методы современной психотерапии: Учебное пособие. — М.: НФ "Класс", 2001.— С. 13—51.

Шерман Р. Фредман Н. Структурированные техники семейной и супружеской терапии. — М.: НФ "Класс", 1997.

Шутценбергер А. Драма смертельно больного человека //Психодрама: вдохновение и техника. М.: НФ "Класс", 1997.

Эйдемиллер Э.Г. Методы семейной диагностики и психотерапии. — М. — СПб.: Фолиум, 1996.

Юнссон Л., Бернлер Г. Теория социально-психологической работы. — М., 1992.

Ackerman N.W., W. Beatman & S. Sherman (eds.) Exploring the base for family therapy. Family Service Association, New York, 1961.

Adler A. What life should mean to you? New York: Capricorn Books, 1958.

Adler A. The education of children. Chicago: Gateway, Henry Regnery Co, 1970. (Original published 1930)

Alexander F. Psychosomatic Medicine. W. W. Norton, New York, 1950.

Alexander I. E. Family therapy. Marriage and Family Living, 1963, 25, 146—154.

Andolfi, M. Family therapy: an interactional approach. Plenum Press, New York & London. 1979.

Andolfi M., Angelo C., Menghi P., Nicolo-Corigliano A.M. Behind the Family Mask: Therapeutic Change in Rigid Family Systems. — Brunner/Mazel. New York, 1983.

Anstett R. & Collins M. The psychological significance of somatic complaints. Journal of Family Practice, 14, 253. 1982.

Aponte H. The family-school intererview: an eco-structural approach // Family Process. 15(3), 303—312, 1976.

Aponte H. J. And Van Deusen J.M. Structural Family Therapy //In: Curman A. and Kniskern (eds.). Handbook of Family Therapy. New York: Brunner/Mazel, 1981.

Bach G.R. & P. Wyden. The intimate enemy: how to fight fair in love and marriage. Avon Books, New York, 1968.

Bandura A. & R.H. Walters. Social learning and personality development. Holt, Rinehart & Winston, New York, 1963.

Bank S.P. & Kahn M.D. The sibling bond. New York: Basic Books. 1982.

Bateson G. Steps to an Ecology of Mind. — Frogmore; Paladin, 1973.

Bateson G. Mind and Nature: The Necessary Unity. New York: E.P. Dutton, 1979.

Beavers. R W. Successlul marriage. New York: Norton. 1985.

Birtchnell J. Attachment-detachment directiveness-receptiveness. A system for classifying interpersonal attitudes and behaviour //British Joural of Medical Psychology. 60. 17—27. 1987.

Bloom BL. A factor analysis of self-report measures of family functioning // Family Process. 24. 225—239. 1985.

Booth A. & Edwards J.N. Age at marriage and marital instability // Journal of Marriage and the Family, 47(1), 67—76. 1985.

Bowen M. The famlly as the unit of study and treatment // American Journal of Orthopsychiatry. 31. 40—60. 1960.

Bowen M. Family therapy in clinical practice. New York: Jason Aronson. 1978.

Bowen M. Key to the use of genogram // In: E.A. Carter & M.McGoldrick (Eds.) The family life cycle: A framework for family therapy. New York: Gardner Press. 1980.

Beels C.C. and Ferber A. Family therapy: A view. // Family Process, 1969, 8, 280—332.

Bertalanffy L. von. General Systems Theory. Foundations, development, applications. N.Y. 1968.

Bradt J. The family diagram. Washington D.C.: Groome Center, 5225 Loughborr Road. 1980.

Broverman I.K., Vogel S.R., & Broverman D.C. Sex-role stereotypes: A current appraisal // Journal of Social Issues, 28(2), 59—78. 1972.

Byinghall J. & Campell D. Resolvinq conflicts in family distance regulation. An integrative approach // Journal of Marital and Family Therapy. 7. 321—330 1981.

Camp H., Structural family therapy: an outsider’s perspective // Family Process, 12(3), 269—277, 1973.

Caplow T. Two against one: Coalitions in triads. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. 1968.

Carnes P. Contrary to love: Helping the sexual addict. Minneapolis. MN: Comp-Care Publication, 1989.

Carter E.A. Transgenerational scripts and nuclear family stress: Theory and clinical implications. In R.R.Sager (Ed.), Georgetown family symposium, Vol. III (1975—76), Washington, D.C.: Georgetown University. 1978.

Carter E.A., & McGoldrick Orfanidis M. Family Therapy with One Person and the Therapist’s Own Family. // In P.J. Guerin (Ed.), Family Therapy. New York: Gardner Press, 1976.

Carter E.A. & McGoldrick M. (Eds.). The family life cycle: A framework for family therapy. New York: Gardner Press. 1980.

Clarke J. The family types of neurotics, schizophrenics and normals. Unpublished doctoral dissertation. St. Paul, MN: Family Social Science, University of Minnesota. 1984.

Cleghorn J.M. & S. Levin Training family therapists by setting learning objectives //Amer. Journ. of Orthopsychiatry, 43(3), 439—446. 1973.

Combrinck-Graham L. Developments in family systems theory and research // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 29. 501—512. 1990.

Dickerson V.C. & Coyne J.C. Family cohesion and control. A multimethod study // Journal of Marital and Family Therapy. 13. 275—285. 1987.

Dijck R. Van. Directive Therapy—2/ Red. Van der Velden. — Deventer, 1980.

Duhl F. J. The Use of the Chronological Chart in General Systems Family Therapy. Journal of Marital and Family Therapy, 7, 1981, 361—373.

Duvall E. Marriage and Family Development (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott. 1977.

Epstein N.B., Bishop D.C. & Levin S. The McMaster Model of family functioning // Journal of Marriage and Family Counseling 4. 19—31. 1978.

Epstein N.B. & D.S Bishop. Problem-centered systems therapy of the family // In: A.S. Gurman & D.P. Kniskern (eds.) Handbook of family therapy. Brunner/Mazel, New York 1981.

Ernst C. & Angst J. Birth order: Its influence on personality. New York: Springer Verlag. 1983.

Fish V. Introducing causality and power into family therapy theory. A correction to the systemic paradigm // Journal of Marital and Family Therapy. 16. 21—37. 1990.

Fisher L. Dimensons of famiy assessment. A critical review Journal of Marrage and Family Counseling. 13 367—382, 1976.

Fisher B.L. Giblin P.R. & Regas S.J. Healthy family functioning and goals of family Therapy. An assessment of what therapists say and do. // The American Journal of Family Therapy. 11. 41—54, 1983.

Fogarty T. Triangles. The Family. New Rochelle, NY: Center for Family Learrning. 1973.

Foley V. D. An Introduction to Family Therapy. New York: Grune & Stratton, 1974.

Forman B.D. & Hagan B.J. A comparative review of total tamily functioning measures. //The American Journal of Family Therapy. 11. 25—40, 1983.

Forer L. The birth order factor. New York: Simon & Schuster. 1976.

Framo J. L. Rationale and techniques of intensive family therapy. // In: I. Boszormenyi-Nagy and Framo J. L. (Eds), Intensive Family Therapy: Theoretical and Practical Aspects. Hagerstown, Md.,: Harper & Row, 1965.

Framo J.L. Family of origin as a therapeutic resource for adults in marital and family therapy. // Family Process, 15(2), 192—210. 1976.

Freeman D. Marital Crisis and Short-Term Counseling. A Casebook. London 1982.

Friedman E.H. Generation to Generation.// Family process in church and synagogue. New York: Guilfod Press. 1985.

Gehring T. Family System Test (FAST). Manuel. Zurich, 1993.

Goldstein A.P., L.B. Sechrest & K. Heller Psychotherapy and the psychology of behavior change. Wiley, Mew York, 1966.

Group for the Advancement of Psychiatry (GAP). Treatment of Families in Conflict: The Clinical Stady of Family Process. New York: Jason Aronson, 1970.

Guerin P. Family therapy: The First twenty-five years. In Guerin P. (Ed), Family Therapy: Theory and Practice. New York: Gardner Press, 1976.

Guerin P.J., & Pendagast E.G. Evaluation af family system and genogram. //In P.J.Guerin (Ed.), Family therapy. New York: Gardner Press. 1976.

Hall A.D. & Fagen R.E. Definition of System. //In: Bertalanffy L. von & Rapoport, A. 1956.

Haley J. Strategies of psychotherapy. Grune & Stratton, New York. 1963.

Haley J. & Hoffman L. Techniques of Family Therapy. Basic Books, New York, 1967.

Haley J. Problem-solving therapy. Jossey-Bass, San Francisco. 1976.

Haley J. Leaving home: the therapy of disturbed young people. McGraw-Hill, New York. 1980.

Harper J.M., A.E. Scorceby & W.D. Boyce. The logical levels of complementary, symmetrical and parallel interaction classes in family dyads. //Family Process, 16(2), 199—210. 1977.

Hill R. Family development in three generations. Cambridge, MA: Schenkman. 1970.

Hoffman L. Deviation-amplifying processes in natural groups. //In: J. Haley (ed.), Changing families. Grune & Stratton. New York. 1971.

Hoffman L. Foundations of family therapy: a conceptual framework. Basic Books, New York. 1981.

Holmes T.H., and Rahe, R.H. The social adjustment rating scale. Journal of Psychosomatic Research, 11, 213—18. 1967.

Holmes T.H., & Masuda, M. Life change and illness susceptibility. // In: B.S. Dohrenwend & B. Dohrenwend (Eds.), Stressful life events: Their nature and effects. New York: Gardner Press. 1974.

Jackson D.D. (ed) Communication, family and marriage. Human Communication, vol. 1. Science and Behavior Books, Palo Alto. 1968.

Kantor D., & Lehr, W. Inside the family. San Francisco: Jossey-Bass. 1975.

Kelsey-Smith M. & Beavers. R.W. Family assessment Centripetal and centrifugal family systems. // The American Journal of Family Therapy. 9. 3—12, 1961.

Kempler W. Experiential psychotherapy with families. //In: J. Fagan & I.L. Shepherd (eds.), Gestalt therapy now. Science and behavior Books, Palo Alto, 1970.

Kempler W. Principles of gestalt family therapy. A.S. Joh. Nordahl Trykkery, Oslo, 1974.

Kinston W. Loader P. & Miller L. Quantifying the clinical assessment af family health. // Journal of Marital and Family Therapy. 13. 49—67, 1987.

Klog E., Vertommen H. & Vandereycken W. Minuchin's psychosomatic family model revised. A concept-validation study using a multitrart-multimethod approach. // Family Process. 26. 235—253, 1987.

Kranichfeld M.L. Rethinking famliy power. // Journal of Family Issues. 8. 42—56, 1987.

Lange A. O., van der Hart. Directive Family Therapy. N.Y. 1983.

Lange A. & W. Zeegers. Structured training for behavioral family therapy: methods and evaluation. Behavior Analysis and Modification. 2(3), 211—225. 1978.

Leigh G.K. Adolescent involvement in family systems // In: Leigh G.K. & Peterson G.W. (Eds): Adolescents in families Cincinnati. South-Western. Pp. 38—72, 1986.

Lewis J.M., Beavers R.W., Gossett J.T. & Phillips V.A. No single thread Psychological health in family systems. New York. Brunner and Mazel. 1976.

Levant R. A classification of the fild of family therapy: A review of prior attempts and a new paradigmatic model. // The American Journal of Family Therapy v.8 n1, 1980.

Liberman R.P. Behavioral approaches to family and couple therapy. // American Journal of Orthopsychiatry. 40, 106—118. 1970.

McGoldrick M. Some data on death and cancer in schizophrenic families. Paper presented at Presymposium Conference of Georgetown Symposium, Washington, D.C. 1977.

McGoldrick M. & Walsh F. A systemic view of family history and loss. // In Group and Family Therapy: 1983. New York.

McGoldric M., Gerson, R. Genograms in Family Assessment. W.W. Norton & Company, New York, London, 1985.

Minuchin S. Personal communication. Family therapy training for the Dutch Association for Group Psychotherapy. Utrecht, 1973.

Minuchin S. Families and Family Therapy. Harvard University Press, Cambridge, 1974.

Minuchin S., Fishman C. Family Therapy Techniques. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1981.

Montalvo B. Aspects of live supervision. Family Process, 12(4), 343—359, 1973.

Moos R. & Moos B.S. Family Environment Scale (FES). Palo Atto Consuling Psychologists Press. 1974.

Moreno J.L. Sociometry, Experimental Method and Science of Society. Beacon (N.Y.): Beacon House 1951.

Napier A. Beginning struggles with families. //J. of Marriage and Famlly Counseling, 2(1), 3—11, 1976.

Neighbour R.H. The Family Life-Cycle // J. Roy. Soc. of Medicine.— 1985.— V.78.-N Suppl. 8. — P. 11—15.

Nerin W. Family Rekonstruction. Long days Journey into Light. New York — London, 1986.

Nichols M. Family therapy: Concepts and methods. New York. Gardner Press, 1984.

Olivri M.E. & Reiss D. Family concepts and their measurement: Things are seldom what they seem. Family Process. 23. 33—48, 1984.

Olson D. H. Circumplex Model VII: Validation studies and FACES Ill. Family Process, 25, 337—351. 1986.

Olson D. H., McCubbin H. I., Barnes H., Larsen A., Muxen M., & Wilson M. Families: What makes them work (2nd ed.). Los Angeles: Sage Publishing. 1989.

Olson D. H., Russell C. S. & Sprenkle D. H. (Eds.). Circutnplex Model: Systemic assessment and treatment of families. New York: Haworth Press. 1989.

Olson D. Circumplex Model of Marital and Family Systems. Assessing Family Functioning // In Walsh, Froma. Normal Family Processes. The Guilford Press: NY/London, 1993.

Palazzoli M. S. et al. Paradox and counterparadox, N. Y. Jason Arjnson, 1975

Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G.F. & Prata G. Hypothesizing — circularity — neutrality: three guidelines for the conductor of the session. Family Process, 19(1), 3—12. 1980.

Papp P., Silverstein O., & Carter E.A. Family sculpting in preventive work with well families. Family process, 12(2), 197—212. 1973.

Papp P. The family that had all the answers. In: P. Papp (ed.), Family therapy: full length case studies. Gardner Press, New York. 1977.

Papp P. The Greek Chorus and other techniques of family therapy. Family Process, 19(1), 45—58 1980.

Patterson G.R. Families: applications of social learning in farnily life. Research Press, Champaign. IL. 1971.

Patterson G.R. & M.E. Gullion. Living with children. Research Press, Champaign, IL, 1968.

Pendagast E.G. & Sherman C.O. A guide to the genogram. The Family, 5, 3—14. 1977.

Parsons T. & Bales R. F. Family socialization and interaction process. Glencoe. IL. Free Press. 1955.

Ritterman M.K. Paradigmatic classification of family therapy theories. // Family Process, 1977, 16, 29—48.

Rodick J.D., Henggler S.W. & Hanson C.L. An Evaluation of Family Adaptability, Cohesion Evaluation Scales (FACES) and the Circumplex Model. // Journal of Abnormal Child Psychology, 14,77—87, 1986.

Rogers J. & Durkin M. The semi-structured genogram interview: I.Protocol, II.Evaluation. Family Systems Medicine, 2(2), 176—187. 1984.

Rubinstein D. A developmental approach to family therapy. Excerpta Medica lnternational Congress Series No. 274: Psychiatry (Part 1), 24—32. Excerpta Medica. Amsterdam. 1971.

Schaefer Ch. E. Et al. Family Therapy Techniques for Problem Behaviors of Children and Teenagers. — S. Francisco: Jossey-Bass, 1984.

Scheflen A.E. Levels of Schizophrenia. — New York: Brunner, 1981.

Simmel G. The socioiogy of Georg Simmel (Kurt H. Wolff, trans., ed., and introd.). Free Press of Glencoe, New York. 1950.

Solomon M.A. A developmental conceptual premise for family therapy. //Family Process, 12(2), 179—186. 1973.

Spiegel J.P. General Systems Theory and Psychiatry/ Ed. By W. Gray at al. — Boston, 1969.

Stanton M.D. The Time Line and the “Why Now?” Question: a Technique and Rationale for Therapy, Training, Organizational Consultation and Research. // Journal of Marital and Family Therapy Vol. 18, N 4, 331—343, 1992.

Stierlin H. Separatig parents and adolecents. New York: Quadrangle. 1974.

Sutton-Smith B. & Rosenberg B.G. The sibling. New York: Holt, Rinehart & Winston. 1970.

Titelman P. Clinical Applications of Bowen Family Systems Theory. New York, 1998.

Titelman P. The Therapistr's Own family: Toward the Differentiation of Self. Aronson 1987

Tomm K. Circularity: A Preferred Orientation for Family Assessment // Questions and Answers in the Practice of Family Therapy, edited by A. Gurman, New York, 1981.

Toman W. Family constellation (third edition). New York: Springer. 1976.

Vogel E. & N.W. Bell. The emotionally disturbed child as the family scapegoat. //In: N.W. Bell & E. Vogel (eds.). A modern itroduction to the family. The Free Press of Glencoe, New York. 1960.

Walsh F. Concurrent grandparent death and birth of schizophrenic offspring: Asn intriguing finding. Family Process, 17, 457—63. 1978.

Walsh F. The timing of symptoms and critical events in the family life cycle. //In: H. Liddle (Ed.), Clinical implications of family life cycle. Rockville, Maryland: Aspen Publications. 1983.

Watzlawick P., Beavin J. & Jackson D.D. Pragmatics of human communication. W.W. Norton & Co., New York. 1967.

Watzlawick P., Weakland J. & Fisch R. Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution. New York: W.W. Norton & Co., 1974.

Whitehead A.N. & Russell B. Principia Mathematica. — Cambridge: Cambridge University Press, 1910.

Wilden A. System and structure. London: Tavistock. 1980.

Williamson D.S. Personal authority via termination of the intergenerational hierarchical boundary: A “new” stage in the family life cycle. // Journal of Marital and Family Therapy. 7. 441—452, 1981.

Wood B. Proximity and hierarchy: Orthogonal dimensions of family interconnectedness. // Family Process. 24. 497—507, 1985.

Zuk G.H. The go-between process in family therapy. //Family Process, 5, 162—178. 1966.

Zuk G.H. Family therapy: 1964—1970. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 1971, 8, 90—97.

Zuk G.H. Family therapy: Clinical hodgepodge orclinical science? // Journal of Marrige and Family Counseling, 2(4), 299—303. 1976.

Приложение 1

ГЕНОГРАММА СЕМЬИ.
ОСНОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ

Приложение 2

ВНЕШНИЙ ВИД
СИСТЕМНОГО СЕМЕЙНОГО
ТЕСТА ГЕРИНГА (FAST)

Приложение 3

ТИПЫ СТРУКТУР
СУПРУЖЕСКОЙ И ДЕТСКОЙ ПОДСИСТЕМ,
А ТАКЖЕ ВСЕЙ СЕМЬИ В ЦЕЛОМ

[GERHING, 1993]

Приложение 4

ВОПРОСЫ ДЛЯ ИНТЕРВЬЮ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ СИСТЕМНОГО СЕМЕЙНОГО ТЕСТА ГЕРИНГА

Интервью для типичной репрезентации

1. Показывает ли это изображение определенную ситуацию? Если да, то какую?

____

____

2. Как долго взаимоотношения существуют таким образом, как вы здесь указываете (*стабильность*)? ___________________________________

____

____

3. Как изменились сейчас взаимоотношения по сравнению с тем, какими они были раньше *(различия)*? ___________________________________

____

____

4. Какова причина того, что взаимоотношения стали такими, как вы их показываете здесь? ___________________________________

____

____

5. Каков контакт глаз между фигурами или что означает направление их взгляда?

____

____

6. Почему вы заменили фигуру(ы) на окрашенную(ые)? ___________

____

____

7. Какие персональные характеристики представлены цветами, которые вы выбрали? ____

____

____

8. До какой степени эти характеристики влияют на семейные взаимоотношения?

____

____

Комментарии:

Интервью для идеальной репрезентации

1. Отражает ли это изображение ситуацию, которая происходила в какой-то момент. Если да, то какова была эта ситуация?___________________________

____

____

2. Как часто эта ситуация происходит *(частота)* и как долго она длится?

____

____

3. Когда эта ситуация произошла впервые и когда она была в последний раз?

____

____

4. Что должно произойти, чтобы типичные взаимоотношения стали соответствовать тем, как вы их видите в идеале? _________________________________

____

____

5. Насколько важным это было бы для вас и других членов семьи? __

____

____

6. Каков контакт глаз между фигурами или что означает направление их взгляда?

____

____

7. Почему вы заменили фигуру(ы) на окрашенную(ые)? ____________

____

____

8. Какие персональные характеристики представлены цветами, которые вы выбрали? ____

____

____

9. До какой степени эти характеристики влияют на семейные взаимоотношения?

____

____

Комментарии:

Интервью для конфликтной репрезентации

1. Кто вовлечен в конфликт *(тип конфликта)*? ____________________

____

____

2. По какому поводу этот конфликт *(ситуация)*? ___________________

____

____

3. Как часто этот конфликт происходит *(частота)* и как долго он длится?

____

____

4. Когда эта ситуация произошла впервые и когда это случилось в последний раз?

5. Насколько важен этот конфликт для вас и других членов вашей семьи?

6. Какие роли играют различные члены семьи в разрешении этого конфликта?

7. Каков контакт глаз между фигурами или что означает направление их взгляда?

8. Почему вы заменили фигуру(ы) на окрашенную(ые)?

9. Какие персональные характеристики представлены цветами, которые вы выбрали?

10. До какой степени эти характеристики влияют на семейные взаимоотношения?

Комментарии:

Приложение 5

АНКЕТА "СЕМЕЙНЫЕ РОЛИ"

РОЛИ:	**ИМЕНА**
Роли-обязанности:	
Организатор домашнего хозяйства	
Закупщик продуктов	
Зарабатывающий деньги	
Казначей	
Его превосходительство плохой исполнитель всех своих обязанностей	
Убирающий квартиру	
Выносящий мусор	
Повар	
Убирающий со стола после обеда	
Тот, кто ухаживает за животными	
Организатор праздников и развлечений	
Мальчик на побегушках	
Человек, принимающий решения	
Починяющий сломанное	
Роли взаимодействия.	
Буфер, посредник в конфликте	
Любитель поболеть	
Сторонник строгой дисциплины	

Продолжение

Главный обвинитель	
Одинокий волк	
Утешающий обиженных	
Уклоняющийся от обсуждения проблемы	
Создающий другим неприятности	
Держащийся в стороне от семейных разборок	
Приносящий жертвы ради других	
Семейный вулкан	
Затаивающий обиду	
Шутник	

Приложение 6

КАРТА СТРУКТУРИРОВАНИЯ ИНФОРМАЦИИ О СЕМЕЙНОЙ СИСТЕМЕ, ВЫДВИЖЕНИЯ ГИПОТЕЗ И ПЛАНИРОВАНИЯ ТЕРАПИИ

1) Повод обращения. Кто направил.

2) Описание проблемы и желаемых изменений словами клиентов (метафоры клиентов).

3) Генограмма семейной системы.

4) Данные из истории семьи.

а) Важные события, модели функционирования и взаимоотношений в семьях прародителей идентифицированного пациента (IP)

б) Важнейшие события ядерной семьи IP. Структурирование ключевых событий вдоль временной оси.

5) Стадия жизненного цикла семьи. Важнейшие задачи и проблемы, стоящие перед семьей.

Гипотеза о том, почему семья пришла на прием к специалисту именно сейчас.

6) Структура семьи в настоящий момент (сплоченнось, иерархия, границы).

а) Порядок рассаживания на приеме.

б) Распределение по комнатам в квартире.

в) Данные теста Геринга (если он проводился), важная информация о семейной структуре из интервью и наблюдения за семьей.

г) Терапевтическая гипотеза о структуре семьи, включая возможное маневрирование семейной системы между состояниями.

7) Взаимодействие членов семьи.

а) Индивидуальные поведенческие паттерны и модели функционирования. Способы влияния членов семьи друг на друга.

б) Взаимодействие на приеме.

в) Отмеченные семейные правила, регулирующие коммуникацию.

г) Средства решения проблемы, которые уже были испробованы.

д) Найденные ранее решения проблемы, то есть то, что помогало. Исключения из проблемной ситуации.

е) Составление поведенческих последовательностей. "Порочный круг", включающий в себя симптоматическое поведение членов семьи.
Циркулярные гипотезы.

8) Функции симптоматического поведения в семейной системе. Опасности изменений для членов семьи.

9) Дополнительные гипотезы.

10) Планирование терапии.

Цели терапии.

Возможные этапы терапии и промежуточные цели.

Возможные терапевтические процедуры, задания и упражнения.

А Я

Начало терапии Окончание терапии

СОДЕРЖАНИЕ

Александр Викторович Черников

СИСТЕМНАЯ СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ
Интегративная модель диагностики

Редактор И.В. Тепикина
Компьютерная верстка С.М. Пчелинцев
Главный редактор и издатель серии Л.М. Кроль
Научный консультант серии Е.Л. Михайлова

Изд.лиц. № 061747
Гигиенический сертификат
№ 77.99.6.953.П.169.1.99. от 19.01.1999 г.
Подписано в печать 28.10.2001 г.
Формат 60S88/16. Гарнитура Оффисина.
Усл. печ. л. 13. Уч.-изд. л. 10,3.

М.: Независимая фирма "Класс", 2001.
103062, Москва, ул. Покровка, д. 31, под. 6.
E-mail: klass@igisp.ru
Internet: http://www.igisp.ru

ISBN 5-86375-042-1 (РФ)